



<https://doi.org/10.51880/ho.v25i1.1215>



# COVID-19 e maternidade: experiências de gravidez e parto no Distrito Federal em tempos de pandemia

Leila Saads\*

ORCID iD 0000-0002-6606-1901

Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Brasília, Brasil

Luciana Saboia\*

ORCID iD 0000-0002-9169-0515

Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Brasília, Brasil

**Resumo:** O presente artigo busca compreender *se/como* a pandemia do novo coronavírus impactou as experiências de gravidez e parto de três mulheres residentes no Distrito Federal (DF). Com esse intuito, realizamos três entrevistas utilizando a metodologia fornecida pela história oral, nos termos apresentados por Verena Alberti (2005). Analisamos os relatos qualitativamente a partir dos conceitos de corpo-território (Gago, 2020) e performatividade (Butler, 2019), dialogando com a produção acadêmica recente sobre os temas abordados nas entrevistas: pandemia, gravidez, parto, aborto, parto domiciliar, violência obstétrica, dentre outros. Para compreendermos *se/como* a pandemia influenciou suas experiências grávidas-puerperais, optamos por entrevistar mulheres que engravidaram da segunda filha em 2019, logo antes da pandemia do novo coronavírus eclodir, mas que vivenciaram o final dessa segunda gestação e seu respectivo parto durante seu percurso, em 2020.

**Palavras-chave:** Maternidade. COVID-19. Coronavírus. Performatividade. Corpo-território.

## COVID-19 and maternity: experiences of pregnancy and childbirth in pandemic times

\* Doutoranda em Teoria e História da Cidade e do Urbanismo na Universidade de Brasília (UnB) e mestra em História pela mesma instituição. Professora de História da Secretaria do Estado de Educação do Distrito Federal. E-mail: saadsleila@gmail.com.

\* Doutora em Teoria e História da Arquitetura e da Cidade pela Université Catholique de Louvain (UCL), na Bélgica, e Pós-Doutorado pela Harvard Graduate School of Design, nos Estados Unidos. Professora titular da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília (UnB). E-mail: lucianasaboia@unb.br.

**Abstract:** This article tries to understand if/how the COVID-19 pandemic impacted the pregnancy and delivery experiences of three women living in Brazil's Federal District (DF). For that purpose, we conducted three interviews using an oral history methodology as proposed by Verena Alberti (2005). The interviews were analyzed qualitatively using the concepts of body-territory (Gago, 2020) and gender performance (Butler, 2019) in a dialogue with recent academic production on pertinent themes, such as the pandemic, pregnancy, childbirth, abortion, home birth, obstetric violence, among other topics. To understand if/how the pandemic influenced their experiences of pregnancy and puerperium, we chose to interview women who became pregnant with their second child in 2019, before the COVID-19 pandemic broke out, but experienced the end of this pregnancy and delivery during the pandemic, in 2020.

**Keywords:** Maternity. COVID-19. Coronavirus. Gender performance. Body-territory.

## Introdução

A trajetória da SARS-CoV-2 pelo mundo é amplamente conhecida: no final de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada de que um novo vírus circulava em Wuhan, na China, causando uma doença predominantemente respiratória. Sua alta taxa de transmissibilidade fez com que a doença, nomeada de COVID-19, rapidamente se disseminasse pelo mundo. Depois de mais de um ano de pandemia, nós enfrentamos o pior momento dela no Brasil durante a chamada segunda onda da doença, no primeiro semestre do ano de 2021. Apesar da doença ser recente e, por consequência, dos conhecimentos gerados sobre ela estarem em processo de construção, já é sabido que a COVID-19 pode afetar especialmente alguns grupos considerados de risco, dentre eles estão as grávidas e puérperas.

Este trabalho foi pensado a partir de uma experiência coletiva de pesquisa. No segundo semestre de 2020 desenvolvemos, na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília (FAU/UnB), a pesquisa *Cartografia da COVID-19 a partir da notificação de mulheres no Distrito Federal*, sob coordenação das professoras Maribel Aliaga e Carolina Pescatori. Nossa intenção era tentar entender de que maneiras a pandemia do novo coronavírus – um evento tão desafiador e único por sua escala e efeitos – estava impactando a vida de mulheres na capital do Brasil. Através da coleta de dados estatísticos, produção de gráficos e mapas e da socialização das informações obtidas e tratadas através da publicação de artigos e de postagens nas redes sociais do *Observatório de Gênero Amar.é.linha*, da FAU/UnB, conseguimos construir algum panorama sobre o tema no Distrito Federal (DF). No entanto, ainda que estatísticas sejam imprescindíveis para se construir uma visão ampla, “aérea”, sobre determinado assunto, algo não se alcança através dos números. E é justamente esse algo – um ínfimo fragmento dele, na verdade – que este artigo busca apresentar. Do gráfico para o corpo; da cidade para a casa – é esse o caminho, o jogo de escalas, que este artigo se propõe a fazer.

Antes de iniciar o percurso, apresentamos aqui algumas questões metodológicas: gravidez, parto e puerpério, quando trabalhados sob o viés da história oral,<sup>1</sup> são assuntos delicados, sobretudo em um contexto de incertezas generalizadas. A pandemia adiciona mais camadas à delicadeza da temática, especialmente pela impossibilidade de realizarmos as entrevistas presencialmente à época. Por isso, optamos por entrevistar apenas mulheres com quem já tínhamos algum laço, um relacionamento mais próximo. Utilizamos, nesta pesquisa, a metodologia da história oral nos termos propostos por Verena Alberti (2005): pesquisa bibliográfica prévia, formulação de um roteiro semiestruturado para entrevista temática, gravação em suporte de áudio, transcrição, conferência de fidelidade, copidesque e, finalmente, a análise.

A proximidade prévia com as narradoras foi importante, em especial, do ponto de vista do cuidado: como uma das pesquisadoras fazia parte, em certa medida, das redes de apoio emocionais de cada uma das narradoras, o afeto e a proximidade emocionais perpassaram não apenas o momento das entrevistas, se estenderam para além dele. Se, por um lado, a opção de entrevistar apenas mulheres conhecidas reduziu a diversidade do grupo entrevistado (são todas mulheres com ensino universitário completo e plano de saúde, por exemplo), por outro, garantiu profundidade às narrativas formuladas em um contexto no qual seria inviável realizar encontros preliminares às entrevistas. Como nossa intenção não é tomar uma parte pelo todo – ou seja, não pretendemos sugerir que as experiências narradas pelas mulheres entrevistadas sejam representativas daquelas vividas por todas as mulheres do DF –, consideramos essa redução de alcance mais como uma possibilidade dentre várias do que como uma limitação.

As entrevistas aconteceram na segunda quinzena de janeiro de 2021, em um momento no qual as vacinas contra a COVID-19 ainda não estavam disponíveis para a população e, também, momento de crescimento no número de casos e óbitos pela doença no Brasil – prenúncio da segunda onda que se seguiria. Optamos por realizá-las à distância e, para isso, utilizamos o aplicativo *Zoom*, gravando apenas os áudios das entrevistas – que tiveram duração média de 1h30 cada uma. Apesar das interrupções características das interações virtuais pandêmicas, como problemas de conexão ou interferências do mundo doméstico no momento da entrevista – e seus sons, presenças e ritmos cotidianos –, a relação prévia de uma das pesquisadoras com as entrevistadas mostrou-se fundamental para que essas interferências não se transformassem em perda de profundidade das narrativas. Pelo contrário, elas se tornaram, inclusive, disparadores de temáticas e questões em alguns momentos.

Foram três as mulheres que compartilharam seus relatos conosco: Renata, Elisa e Isadora. Para garantir a privacidade das participantes, todos os nomes apresentados são fictícios. Optamos por entrevistar mulheres que engravidaram da/o segunda/o

---

<sup>1</sup> As entrevistas foram realizadas por uma das autoras deste artigo, Leila Saads, e por duas alunas de graduação da FAU/UnB, Lorrany Arcanjo e Julia Bianchi, que também participaram das etapas de transcrição e copidesque. Agradecemos muitíssimo às duas, sem elas este trabalho não seria possível.

filha/o antes da pandemia do novo coronavírus eclodir, mas que vivenciaram o final da gestação e o parto durante seu percurso. Esta opção não foi aleatória, procuramos gerar uma comparação entre o primeiro ciclo gravídico-puerperal vivido por cada uma com o segundo, tentando perceber se, em suas narrativas, a pandemia apareceria como uma variável fundamental de diferenciação entre as duas experiências. Nossa intenção foi entender como essa variável (que é macroscópica) operou no campo cotidiano e corpóreo de cada uma (escala microscópica), ou seja: quais foram os seus efeitos sobre suas experiências em relação à gestação e ao parto?

Se as normatizações regulatórias que produzem o sexo e o gênero necessitam ser continuamente reiteradas, como bem mostrou Judith Butler (2019), é porque sua materialização nunca está completa. E é nas fissuras das normas regulatórias que regem a noção de maternidade, no confronto (ainda que involuntário) em relação à figura arquetípica da mãe, que muitas das experiências narradas por estas três mulheres se localizam. Segundo Butler, o gênero é performativo, ou seja, não é criado a partir de um ato singular, motivado por um desejo estratégico, uma ação deliberada. Performatividade, então, deve ser lida como “uma prática reiterativa e citacional por meio da qual o discurso produz os efeitos daquilo que nomeia” (Butler, 2019, p. 16). Dessa forma, as normas regulatórias do “sexo” trabalham de forma performativa para constituir a materialidade dos corpos e para imprimir o sexo no corpo. É no conflito entre as idealizações e padrões que nos<sup>2</sup> cercam de expectativas irrealizáveis – e que, por isso, são geradoras de sofrimento psíquico – e a maternidade possível de cada uma de nós, que esse trabalho se insere.

## Renata, Elisa e Isadora: performando maternidades possíveis

Meu nome é Renata, tenho 33 anos. Tenho duas filhas, uma de três anos e três meses [Carina] e a outra de quatro meses... cinco meses [Bianca], acho que faz depois de amanhã, dia 18. Então, um bebezinho de 5 meses. Moramos nós três e meu marido numa casinha aqui... numa chácara em Brasília, no Córrego do Urubu. (Renata B., 2021).

Meu nome é Elisa, tenho 32 anos, sou geógrafa, e agora pedagoga, acabei de me formar na segunda licenciatura e por enquanto estou desempregada. Tava como

---

<sup>2</sup> Utilizamos, em algumas passagens, o tom mais pessoal da segunda pessoa do plural com o intuito de marcar nosso lugar de enunciação como autoras e nossa aproximação com a temática da pesquisa, pois somos ambas mães de crianças pequenas experienciando a maternidade em meio à pandemia. Utilizamos também, neste artigo, o “feminino genérico” com o intuito de convidar a leitora a problematizar os efeitos do apagamento discursivo que a utilização generalizada do “masculino genérico” no português padrão provoca sobre as mulheres na historiografia.

professora do contrato temporário [na Secretaria de Educação do DF], dando aula na parte do noturno, aula de Geografia. [...] Sou mãe do Caetano, que tem sete... oito anos! Fez oito anos em dezembro. E mãe do Samuel, agora com oito meses de vida. Sou carioca em Brasília. (Elisa D., 2021).

Meu nome é Isadora, tenho 33 anos, tenho dois filhos, sou... casada não, em união estável [risos] e sou servidora pública. Eu sou nutricionista, formada pela UnB e especialista em saúde ambiental. Moro na Asa Sul com o meu marido [Diego] e meus dois filhos: uma de seis anos [Lia] e um menino de sete meses [Hugo], que foi quem nasceu durante a pandemia. (Isadora C., 2021).

Quando Renata engravidou pela primeira vez, em 2013, ela estava com 25 anos de idade e tinha certeza de que não seguiria em frente com a gestação. Foi uma gravidez indesejada, fruto de uma recaída com um ex-namorado a quem Renata não se sentia conectada. Ela já trabalhava como servidora pública, mas ser mãe não estava em seus planos: "Viver aquilo fora de um relacionamento, morando com minha mãe, eu não encarei não" (Renata B., 2021). Sem grandes conflitos morais ela acionou sua rede de contatos, descobriu uma clínica que realizava abortos clandestinos em outro estado e, em pouco tempo, organizou sua viagem com o ex-namorado. O procedimento, realizado através de uma aspiração uterina a vácuo, mostrou-se rápido e indolor, e foi seguido por uma sensação que, segundo Renata, se sobrepôs a todas as outras: o *alívio*.

Longe de ser uma reação rara, fruto de frieza ou insensibilidade pessoal, sentir-se aliviada após um aborto bem-sucedido parece ser algo bastante comum. Foi o que concluiu um grupo de pesquisadoras estadunidenses depois de cinco anos acompanhando 667 mulheres que realizaram um aborto eletivo: *alívio* foi o sentimento predominante entres essas mulheres durante todo o período estudado (Rocca *et al.*, 2020). Para as pesquisadoras, o argumento de que o aborto prejudica emocionalmente as mulheres tem sido utilizado para regular e dificultar o acesso ao procedimento nos Estados Unidos, ainda que a afirmação de dano psicológico não tenha nenhum embasamento científico.

As conclusões dessa longa pesquisa estão ligadas a um determinado território, já que todas as participantes se localizavam nos Estados Unidos. Se, como atestam as autoras, os sentimentos em relação ao aborto estão ligados aos contextos sociais nos quais as mulheres que o realizaram estão inseridas, é de se imaginar que uma transposição dos resultados para o contexto brasileiro não possa acontecer sem riscos. O aborto no Brasil, salvo em casos específicos determinados por lei,<sup>3</sup> é crime, enquanto nos Estados Unidos ele é legalizado. No entanto, como escreveram Debora Diniz e Giselle Carino (2020) em texto publicado no jornal El País: "[...] sem sabermos nomear qual seria o

---

<sup>3</sup> O aborto é legalizado no Brasil quando a gestante sofre risco de vida, em gestações decorrentes de estupro e no caso de anencefalia fetal. Os primeiros dois casos foram especificados no Código Penal

sentimento mais comum às mulheres latino-americanas que abortam, arriscaríamos dizer que deve estar distante dos afetos que rodeiam a fantasia religiosa do 'aborto como trauma'". Como resumiu Renata em seu depoimento: "eu acho que trauma, trauma mesmo, deve ser enfiar uma vassoura na vagina, isso que deve gerar um trauma. Mas ali, no contexto que eu fiz, não. [...] Talvez as condições, mais do que a coisa em si, gerem um trauma".

Renata faz parte de uma minoria de mulheres brasileiras que, por ter o dinheiro necessário (no caso, cinco mil reais, além do valor da passagem aérea e da hospedagem), teve acesso a um aborto relativamente seguro, realizado por uma médica, ainda que de forma clandestina. Minoria ainda por Renata ser negra, quando pesquisas relacionadas ao tema convergem ao elencarem as mulheres negras como o grupo mais vulnerável à interrupção insegura de uma gravidez indesejada (Goes *et al.*, 2020). Por não ter sofrido nenhuma consequência física decorrente do aborto e por sentir que essa foi uma decisão acertada, Renata fala tranquilamente sobre a experiência – sem traumas ou remorsos, como ela mesma afirma.

Elisa, por sua vez, viveu a primeira gravidez em 2012, aos 22 anos, também sem planejamento. Por já ter havido formulado muitas reflexões sobre aborto ao longo do tempo e conhecer pessoas que abortaram antes, ela sentia que tinha a opção de continuar com a gravidez ou não. Apesar de não ter ainda um relacionamento estável com o pai da criança, que na época trabalhava em outro estado, ela decidiu continuar com a gestação. Seus pais não aceitaram bem essa primeira gravidez, pois Elisa era uma das primeiras pessoas da família a cursar uma graduação em uma universidade pública. Apesar das primeiras dificuldades, Elisa conta que as coisas foram se ajustando com o passar do tempo: os pais aceitaram a gravidez. Ela continuou os estudos, o relacionamento com o pai do bebê se solidificou e ele deixou o trabalho para acompanhar o fim da gravidez e o parto.

A primeira gravidez vivida integralmente por Renata, aos 29 anos – que culminou no nascimento de Carina, em 2017 –, foi descoberta em um contexto bastante diferente daquela interrompida aos 25 anos: ela estava casada, vivendo uma ótima fase no relacionamento e na vida profissional e já estava com vontade de ser mãe. Embora não tenha sido totalmente planejada, a notícia da gravidez foi bem recebida, como ela conta no trecho a seguir:

Foi muito gostoso... toda a gravidez dela. Esperar esse serzinho foi interessante. A gravidez em si, pra mim, foi um pouco mais difícil fisicamente. Eu trabalhei a gravidez inteira, ficava vendo como conseguir atestado pra trabalhar menos [...]. Eu engordei muito na gravidez porque no trabalho, querendo ou não, eu me

---

Brasileiro em 7 de dezembro de 1940, por meio do Artigo 128 do Decreto-lei nº 2.848. Já o terceiro caso decorre de uma decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) que, em 12 de abril de 2012, passou a considerar que o aborto de um feto diagnosticado com anencefalia não é crime.

alimentava mal. Então, fisicamente, foi uma gravidez em que eu tinha energia, mas não tava tão podendo respeitar o meu corpo, eu tinha que trabalhar oito horas por dia. E mesmo que não fosse um trabalho pesado, você fica sentada ali, sem se mover. A nível de corpo não foi interessante, mas mentalmente sim. A gente tava esperando... foi bem gostoso. (Renata B., 2021).

As dificuldades relacionadas ao trabalho nessa segunda gestação aparecem por todo o relato de Renata, especialmente quando ela a compara à terceira, vivida em grande parte em meio à pandemia. O trabalho presencial, desempenhado sem alteração de carga horária por toda a gravidez da primeira filha, mostrou-se uma barreira para uma boa experiência gestacional. Embora Renata não tenha tido problemas de saúde no período, se sentia muito cansada, sem tempo para ela, sem tempo para experienciar a gravidez da maneira como desejava. Para não precisar antecipar a licença-maternidade,<sup>4</sup> o que significaria reduzir o tempo em que ficaria com a bebê depois do nascimento, Renata precisou trabalhar até o fim da gestação, passando por cima das demandas que seu corpo lhe apresentava no período.

Isadora, por sua vez, viveu a primeira gestação em 2014, aos 26 anos. Ela já namorava o pai do bebê há algum tempo e eles pensavam em morar juntos – a gravidez não planejada, segundo conta, foi motivo para antecipar a união estável. Em sua narrativa, o período gestacional é apresentado como um momento de muita tranquilidade, bem-estar: "eu me sentia muito bem grávida, não deixei de fazer nada por causa da gravidez. Lembro que eu ia pro trabalho de ônibus e todo mundo vinha conversar comigo, era muito legal" (Isadora C., 2021). Elisa continuou frequentando as aulas da faculdade até o final da gravidez e manteve uma vida social ativa: "eu continuei vendo bastante as minhas amigas, continuei saindo muito com meu companheiro quando ele vinha pra Brasília... foi bem tranquilo".

Na diferença entre os relatos, surge uma questão: cada corpo se relaciona com a gravidez de determinada forma. Essas especificidades, no entanto, nem sempre são consideradas no mundo do trabalho, talvez por serem vistas como pertencentes à ordem do privado, do individual, da família. Ocorre, dessa forma, uma liberalização do corpo (Gago, 2020), um apagamento de sua formação relacional e uma individualização da responsabilidade sobre ele. O corpo, efeito dos afetos e poderes que o formam e o transpassam, é então identificado como uma propriedade individual, sem relação alguma com o ambiente social, cultural, físico que o cerca. Uma mulher grávida cujo corpo não se sente apto ao mesmo ritmo de trabalho de antes da gravidez, não é lido, então, em sua especificidade: ele é um desvio da norma, não se adequa às expectativas

---

<sup>4</sup> No Brasil, as trabalhadoras, regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), têm direito a 120 dias de licença maternidade, enquanto servidoras públicas civis, tanto federais (regidas pela Lei nº 8.118/90) quanto do Distrito Federal (regidas pela Lei Complementar nº 840/2011), têm 180 dias de licença maternidade.

de que questões corpóreas – e, por isso, individuais – não dizem respeito ao mundo do trabalho.

Para Verónica Gago (2020, p. 106), a ideia de corpo-território ajuda a explicar “como se estrutura hoje a exploração dos territórios sob modalidades neoextrativistas e como eles reconfiguram a exploração do trabalho”, inclusive do trabalho reprodutivo, é bom lembrar. Trazendo essas reflexões para a dimensão corpórea, torna-se possível perceber de que maneiras a lógica neoliberal incide sobre essa escala reduzida, miúda, que são os nossos corpos. A imagem do corpo-território enfatiza o caráter relacional da construção dos corpos, pois mostra ser impossível “recortar e isolar o corpo individual do corpo coletivo, o corpo humano do território e da paisagem”, especificando “uma continuidade política, produtiva e epistêmica do corpo enquanto território” (Gago, 2020, p. 107). Um corpo-território torna-se legível a partir da conflituosidade e, aqui acrescentamos, dos afetos que o transpassam, da influência entre corpos.

Não se trata de uma simples oposição entre materialidade e discurso, mas de um processo cujo efeito é o corpo em sua dimensão mais material, mais sensível – o corpo que somos, sentimos. Ou seja, não há uma negativa do corpo, de seus efeitos de verdade. Como escreveu Judith Butler (2019, p. 16): “o que constitui a fixidez do corpo, seus contornos, movimentos, será plenamente material, mas a materialidade será repensada como efeito do poder, como o efeito mais produtivo do poder”. Relembrar a materialidade dos corpos é fundamental para entendermos que os efeitos do poder e dos afetos não são abstratos, mas sentidos, vividos, experienciados.

Continuando nossos relatos, partiremos agora para a terceira gravidez de Renata: uma gravidez não planejada e, em um primeiro momento, não desejada. Ela conta que descobrir a gestação de sua segunda filha foi assustador, pois ela e o marido estavam vivendo uma crise no relacionamento. A chegada de Carina, sua primeira filha, aparece em muitos momentos de seu relato como uma ruptura muito intensa, o que colocava em suspenso a decisão de ter outra criança em algum futuro próximo. É como se a maternidade real experienciada por ela com Carina tivesse sido muito distante de tudo o que ela idealizara antes do parto: “eu tava bem confiante [antes do parto de Carina], achando que era um ciclo da vida, que era tranquilo, que era fácil, né, que era... todo mundo tem filho, né, então vamo”. Mas a chegada da primeira filha foi vivida por ela como uma ruptura traumática em relação à sua vida pregressa: levei um susto, porque eu achava que era mais fácil. Vou ser muito sincera: eu não sabia da demanda emocional, energética, espiritual, material de uma criança. De todo dia, de toda hora, de... ainda mais de mais um bebê que depende da gente pra tudo (Renata B., 2021). Por todas essas questões, ela narra ter tido muito medo de como seria a dinâmica com duas filhas quando se viu grávida novamente, pois a maternidade, até ali, havia sido vivida como algo muito pesado:

[...] Eu vivi janeiro e fevereiro assentando a ideia de que tava grávida, não era uma coisa planejada [...]. E aí veio a pandemia... Ai, cara, que maravilha! E assim, é até



paradoxal falar, né? Mas *nossa*, aí foi *outra* gravidez... aí eu tava em casa todo dia e [...] pude explorar aqui essa casa, ter um espaço pra sair, pra cuidar. Claro, tiveram todos os desafios da pandemia: medo de pegar COVID, ter que ir pro hospital, de ficar sem ar e grávida, de encontrar as pessoas. Mas pra gravidez foi muito bom, porque eu trabalhava, mas meu trabalho não me exigia muito. [...] eu consegui ter tempo pra minha casa, ter tempo pra trabalhar, ter tempo pra minha filha... ter tempo, sabe? [...] Eu não me senti isolada. [...] A gente mora numa chácara que tem uma outra pessoa que tem filho, então acaba que tinha uma comunidade em isolamento um pouquinho maior, que abrangia criança. Isso também ajudou. (Renata B., 2021, grifos nossos).

Das três mulheres entrevistadas nesta pesquisa, Renata foi a que sentiu menos o impacto da pandemia de maneira negativa. Esse período de isolamento possibilitou, justamente, que ela conseguisse respeitar o seu corpo, se conectar com a gravidez, aproveitar a casa e a família – tudo aquilo que ela não conseguiu fazer na gestação da primeira filha. Embora reconheça aspectos negativos da pandemia, como o medo da doença, para ela os ganhos foram superiores. Isso aconteceu porque, segundo Renata, ela e o companheiro puderam trabalhar em casa e morar em uma chácara, com muito espaço para circular e ainda com a presença de uma vizinha e sua filha no mesmo terreno.

A pandemia também não alterou seus planos para o parto. O desejo de Renata desde a gravidez da primeira filha era o de ter um parto domiciliar. Por isso, ela fez um acompanhamento com duas parteiras durante toda a segunda e terceira gestações o que, segundo conta, foi fundamental para que tivesse segurança em sua escolha de viver o parto em casa. No entanto, apesar de toda a vontade de ter o parto domiciliar, sua primeira filha nasceu através de uma cesariana de emergência. Embora Renata relate ter gostado do atendimento hospitalar, a necessidade de uma cesariana lhe gerou um sentimento de frustração:

Eu, depois, fiquei me sentindo fraca, como se eu não tivesse conseguido, porque várias mulheres conseguem... eu fiquei com o peso disso, uma ideia de não ter conseguido. E isso influenciou, com certeza, no meu pós-parto. Eu me lembro que foi um pós-parto mais difícil, eu fiquei mais triste. Eu não me conectei tanto com a minha filha... Tava tudo bem, ela era uma criança tranquila, não tinha grandes problemas, mas eu me sentia meio triste, como se aquela criança me sugasse... sugasse toda a minha energia, toda a minha liberdade. (Renata B., 2021).

A sensação de incapacidade enfrentada por Renata pode ter se ancorado em uma idealização prévia do parto natural, como se essa se apresentasse como a forma legítima, correta, de se fazer nascer uma criança. Monique Queiroz e Wilder Kleber Santana (2020), localizaram como ponto de inflexão nos discursos sobre o parto no Brasil os debates entorno do parto humanizado e natural travados em redes sociais e na

mídia a partir do lançamento do documentário *O renascimento do parto* (2013). Como resposta às altas taxas de cesarianas realizadas no país, iniciou-se um esforço no sentido de combater um imaginário predominante no Brasil que identifica o parto natural como um evento traumático e imprevisível (Queiroz; Santana, 2020). Imaginário este, é preciso lembrar, bastante ancorado na materialidade do sofrimento frequentemente infligido pelas próprias equipes de saúde sobre corpos de parturientes no Brasil, como veremos mais à frente.

Foi o que aconteceu com Elisa na sua primeira gravidez. Apesar de sua vontade de ter um parto normal, ela conta que, na época, com a gravidez não planejada, as aulas na universidade e as questões familiares que enfrentava, parecia que *tudo estava acontecendo ao mesmo tempo* e que, por isso, não conseguiu planejar direito o parto de Caetano. Assim que a bolsa estourou, então, já em vias de ter o bebê, ela se encaminhou para o Hospital das Forças Armadas, onde era acompanhada, já que seu pai é militar. Ela não tinha dilatação e não estava em trabalho de parto ativo ainda, mas os profissionais não esperaram para ver a evolução do processo, como conta no trecho a seguir:

Você vê lá um monte de estimativas... e eu não sei o que é e o que não é. [...] Aí eles me levaram – nessa situação, falando que talvez tivesse um sofrimento fetal porque eu não tive dilatação – pra uma cesariana desnecessária. Depois, né, que eu comecei a pensar... tem várias partes desse momento da minha vida... a minha memória é meio quebrada. [...] Eu não sei se foi um trauma por causa do que aconteceu ou se eu fiquei meio... se eu fui dopada. Eu lembro que na hora do parto do Caetano, eu vi umas luzes... Eu até falei com a minha enfermeira obstétrica que acompanhou essa segunda gravidez. Ela disse que é comum ouvir relatos de que isso acontece em hospitais militares [ser dopada]. Então *depois* que eu tive o Caetano é que eu fui parar pra pensar no tanto de violência obstétrica que eu sofri. E eu achando que era tudo normal, que era assim mesmo que tinha que acontecer. (Elisa D., 2021, grifo nosso).

A consciência de ter sofrido violência obstétrica foi fruto de um processo que se deu ao longo do tempo, depois do nascimento de Caetano, e que se solidificou quando Elisa viveu o parto de seu segundo filho, Samuel. Mesmo com todos os problemas e medos que precisou enfrentar nessa segunda experiência – pois teve complicações durante o trabalho de parto de Samuel –, Elisa se sentiu respeitada durante o processo que, embora traumático, não é descrito como violento. A violência obstétrica é caracterizada como uma violência de gênero, pois incide sobre os corpos das mulheres<sup>5</sup> ferindo seus direitos sexuais e reprodutivos (Marques, 2020) e violando sua autonomia. De acordo com uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2013), uma em

---

<sup>5</sup> Homens transgêneros e pessoas que vivenciam outras identidades de gênero também podem engravidar, abortar, passar por um parto e um puerpério e, por isso, também podem sofrer violência obstétrica.

cada quatro mulheres brasileiras relata ter passado por algum tipo de violência obstétrica durante o parto. Nessa estatística, é fundamental que se tenha em vista como o racismo aprofunda e multiplica as possibilidades de uma mulher sofrer violência obstétrica durante uma gravidez, aborto, parto ou puerpério. Segundo Silvia Marques (2020), mulheres negras recebem menos anestesia na hora do parto, são mais negligenciadas pelos serviços de saúde, recebem menos informações sobre procedimentos realizados na hora do parto e têm maior possibilidade de ter um acompanhamento pré-natal inadequado. Por esses motivos, Elisa, uma mulher negra, relata que um de seus maiores medos durante a segunda gravidez era sofrer novamente uma violência obstétrica na hora do parto. Essa era uma pauta constante nas conversas que tinha com sua irmã durante a gestação: "eu sempre lembro da minha irmã falando... da gente conversando sobre os casos de violência obstétrica, principalmente de mulheres negras. De como os hospitais deixam as mulheres negras sentindo dor, não dão anestesia porque acham que as mulheres negras são mais resistentes à dor" (Elisa D., 2021). Por ter sofrido violência obstétrica no primeiro parto e ter receio de sofrê-la novamente, Elisa optou por um parto domiciliar na segunda gestação.

Retornando aqui às reflexões lançadas pelo artigo de Queiroz e Santana (2020), as diretrizes da OMS estabelecem, desde 1996, o parto normal como forma mais segura de nascimento. Mas sua replicação através de outras instituições não garantiram, por si só, uma mudança no imaginário sobre este tipo de parto no Brasil. Segundo as autoras, "É apenas quando essa perspectiva passa a ser divulgada pela mídia como uma opção mais segura, respaldada pelas evidências, favorita entre os ícones de beleza, felicidade e sucesso econômico, que a sociedade passa a desejar esse ideal [...]" (2020, p. 759). Mas quais os efeitos da ampla propagação de um discurso sobre o parto natural que o consagra como um ideal a ser atingido em oposição à cesariana, definida como arriscada, danosa, prejudicial e, "de certa forma, egoísta, caso não haja indicações reais para a cirurgia" (Queiroz; Santana, 2020, p. 758)? Esse discurso, bem como aquele que elegia a cesariana como o "padrão ouro" da assistência ao parto no país na década de 1980, se sustenta a partir da delimitação de um exterior constitutivo que nega a validade de experiências que não se localizam em sua zona de abrangência. Os efeitos disso podem ser percebidos nos relatos de sofrimento psíquico de muitas mulheres que não puderam ter um parto natural por variados motivos.

Ao invés de contribuir para a construção de uma maior autonomia das mulheres parturientes sobre seus corpos a partir do acesso à informação, esses discursos continuam cerceando estes mesmos corpos, limitando as múltiplas experiências que podemos ter a partir deles. Constroem e perpetuam ideais e modelos de maternidade impossíveis de serem atingidos por todas as mulheres e que, portanto, tornam-se fontes potenciais de

---

No entanto, o presente artigo centra suas análises em experiências de mulheres cisgêneras, a partir das narrativas de seus ciclos gravídicos-puerperais. Por isso, apesar de estarmos atentas para as limitações decorrentes da utilização do termo "mulheres", nos parece estratégico utilizá-lo neste trabalho.

frustração e tristeza diante das experiências reais que cada uma de nós temos quando parturientes e mães. Elisa, por exemplo – que teve complicações no seu segundo parto, como veremos mais adiante –, relata no trecho a seguir que, dentre as muitas questões com as quais lidou em seu segundo puerpério, esteve também a dificuldade em aceitar o fato de não ter vivenciado o parto natural domiciliar:

Eu lembro também que de todas as páginas [nas redes sociais] de parto domiciliar planejado, eu saí. Eu me sentia muito mal de não ter tido meu parto domiciliar tão... tão esperado. Fiquei muito mal e não conseguia ver nada relacionado. Conversei também com as minhas parteiras, falei: 'olha, é um período... eu não tô conseguindo ver, sempre que eu vejo alguém que teve parto domiciliar, eu choro. Toda a vez que eu vejo alguma informação na internet, eu choro. Tudo eu tô chorando, tudo... eu tô ficando muito mal'. Isso me pegou de surpresa. Eu não pensei que ia ficar tão mal emocionalmente nesse puerpério. Eu fiquei muito mal. (Elisa D., 2021).

Nesse sentido, uma interpretação possível da fala de Elisa é de que a expectativa frustrada em relação ao parto tenha se ancorado em uma idealização do parto natural como via correta de nascimento de um bebê – embora muitas camadas se sobreponham e articulem nas experiências específicas vividas por cada mulher. Continuando com os depoimentos, como vimos, Renata viveu a gravidez de sua segunda filha de forma muito tranquila, apesar do medo de adoecer e do receio de não conseguir ter um parto normal caso se contaminasse pelo coronavírus, as imagens que seu relato evoca sobre a gestação de Bianca são sempre muito leves, afetivas. Ter um parto natural e domiciliar era um desejo muito forte para ela, não por causa da pandemia, mas pela vontade de passar por essa experiência durante sua vida: "eu falava: 'é agora ou nunca porque eu não sei se vou ter o terceiro. Puta que pariu, eu quero passar por isso, quero ver como é esse negócio saindo pela minha vagina, eu preciso passar por isso!'" (Renata B., 2021). Bianca nasceu em casa, por meio de um trabalho de parto tranquilo, sem intercorrências, com duração de seis horas em sua fase ativa.

Para Elisa, contar com uma rede de apoio sólida, sempre presente, foi algo fundamental para decidir ter um segundo filho. Por isso ela, o companheiro [Tiago] e Caetano se mudaram para um apartamento próximo à casa de sua família no Guará, bairro de Brasília. Sua mãe, avó das crianças, organizou os horários de suas atividades para poder levar e buscar Caetano na escola e no contraturno, pensando no apoio que daria à filha durante a gravidez e o puerpério. Mas em março foi decretado um *lockdown*<sup>6</sup> no DF e "todo esse planejamento que eu tinha feito com o Tiago foi tipo por água abaixo... a gente se viu num contexto de total isolamento, fiquei sem chão" (Elisa D., 2021).

---

<sup>6</sup> O Decreto nº 40.539, de 19 de março de 2020, estabeleceu diretrizes para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus no Distrito Federal, com fechamento de serviços considerados não essenciais,

Para Elisa, a ameaça representada pelo coronavírus e as incertezas que giravam entorno da doença a enredaram em um cenário de medo e insegurança que foram determinantes na maneira como ela viveu sua segunda gravidez. Os relatos que ela lia em redes sociais e jornais sobre mulheres que foram infectadas e que perderam a vida logo após o parto aprofundavam a sensação de incerteza diante do futuro: "fiquei com muito medo de morrer, medo de pegar COVID, medo de ter o bebezinho no hospital e ele pegar COVID". Se ter um parto domiciliar já era importante para Elisa antes da pandemia, por tudo o que viveu no parto do Caetano, depois da disseminação da COVID-19 essa passou a ser a única alternativa que lhe parecia viável no novo contexto: "pensar em ir a um hospital no meio de uma pandemia não é uma opção, não era minha opção, eu fiquei com muito medo. Eu conversava com minhas enfermeiras: 'e se precisar, como vai ser? Como é que eu vou ter um bebê dentro de um hospital agora?'" (Elisa D., 2021). O final da gravidez é descrito por Elisa como um período de terror, no qual teve muitas crises de ansiedade e insônia que, aliadas aos desconfortos comuns ao último trimestre gestacional, lhe deixavam muito cansada e sem energia. Além do medo do parto em si, Elisa também começou a temer a rotina com o novo bebê em um contexto de isolamento, quando não poderia contar com sua rede de apoio. Mas o planejamento do parto domiciliar, pensando em cada detalhe, mostrou-se um recurso para lidar com a ansiedade.

No dia sete de maio de 2021, vieram as primeiras contrações e, como descreveu Elisa, "cada contração que vinha era uma felicidade". No entanto, mesmo depois de dois dias, Samuel não encaixava, a barriga continuava alta, apesar das manobras realizadas pelas enfermeiras. Elisa narra que, no dia nove, com sete centímetros de dilatação, não aguentava mais a dor e o cansaço e começou a sentir que tinha alguma coisa errada, que o bebê não queria nascer em casa e, por isso, pediu para ir ao hospital. "Quando eu cheguei lá [em um hospital privado de Brasília] eu tirei a máscara. Eu falei: 'Gente, não aguento, não consigo ficar tendo contração com máscara!'. E a Silvana [enfermeira obstétrica que acompanhou Elisa no hospital junto com Tiago] disse: 'tira, vai dar tudo certo, vai ficar tudo bem', e eu tirei a máscara nesse momento" (Elisa D., 2021).

Uma imagem simbólica: a máscara, uma barreira entre o eu e o outro, foi arrancada. Entre Elisa e o outro havia apenas a máscara que não a sua – a máscara do outro: a pandemia entrou para ela, por um breve momento, em suspensão. Silvana conseguiu acompanhar todo o trabalho de parto mesmo em meio à pandemia e a obstetra plantonista não interferiu nas escolhas de Elisa, deixando que Silvana realizasse e guiasse as manobras e os exercícios para estimular o encaixe do bebê. Mesmo assim, Samuel não encaixou, então a médica sugeriu que a bolsa fosse estourada, para acelerar o processo:

---

dentre eles as escolas. Até o momento, junho de 2021, as escolas públicas permanecem fechadas no DF.

[...] Aí, no momento que ela estourou a bolsa eu comecei a ter muitos calafrios, comecei tremer demais, não conseguia controlar o meu corpo. Lembro que eu tava num banquinho e o Tiago tava me abraçando... na hora que estourou a bolsa eu comecei a tremer no colo dele. Não conseguia me segurar, não conseguia andar, minha temperatura aumentou, aumentou muito. E os batimentos cardíacos do Samuel também começaram a ficar desregulados. E aí, tudo começou a ficar tumultuado. Eu sentei na cama e começaram a apitar vários aparelhinhos. Todos aqueles aparelhinhos lá da sala começaram a apitar, eu comecei a não conseguir controlar, eu fiquei deitada, eu não conseguia parar de tremer, eu sentia muito frio. [...] E, de repente, tinham dez pessoas em volta de mim olhando os aparelhos. Eu fiquei com muito medo. Tudo, tudo que eu tinha imaginado estava acontecendo... meu medo de morrer durante o final da gestação por causa da pandemia, foi real. Eu fiquei com muito medo de morrer. Eu pensava: 'Gente, tá acontecendo alguma coisa estranha. Eu não tô conseguindo controlar meu corpo. Vai acontecer alguma coisa'. E eu lembro de olhar pro fundo da sala e ver o Tiago com o rosto bem... bem sério. (Elisa D., 2021).

Elisa foi encaminhada, então, para uma cesariana de emergência. Às 16h35 da tarde Samuel nasceu, era o dia nove de maio. Mas ele nasceu sem respirar, precisando de ajuda para respirar: "eu ficava perguntando pra Silvana: 'Silvana, o que tá acontecendo? Cadê meu bebê? Eu não tô escutando ele, ele não tá aqui, tá tudo bem?'. Depois de dois minutos – que pareceram uma eternidade – o Samuel veio chorando e eles colocaram ele no meu peito". Elisa conta que chorou muito, mas continuava tensa, pois ninguém sabia o que tinha causado o aumento da temperatura. Elisa e Samuel foram enquadrados no protocolo de COVID-19 – ela foi testada e os dois mantidos em isolamento: "foi um horror esse momento, começou a bater um desespero. Eu pensei: 'não é possível, tudo o que eu pensei que fosse acontecer está acontecendo de fato na minha vida! Eu quase morri nesse parto, depois me recuperei e agora posso morrer de novo?'" (Elisa D., 2021).

O Grupo Brasileiro de Estudos da COVID-19 e Gravidez vem, desde o ano passado, publicando uma série de artigos sobre o impacto da pandemia entre mulheres grávidas. Em julho de 2020, por exemplo, analisando planilhas do Ministério da Saúde, essas pesquisadoras divulgaram um levantamento que apontava que 978 gestantes haviam sido diagnosticadas com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em decorrência da COVID-19 no Brasil. A taxa de letalidade foi de 12,7% na época, ou seja, 124 mulheres grávidas morreram da doença entre março e junho de 2020. Segundo as pesquisadoras, ainda que tenha sido encontrada uma relação entre essa letalidade e doenças prévias (como diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares, etc.), o que chamou atenção no estudo "foram as graves falhas de assistência: 15% das mulheres não tinham recebido qualquer tipo de assistência ventilatória, 28% não tiveram acesso a leito de unidade de terapia intensiva (UTI) e 36% não foram

intubadas nem receberam ventilação mecânica” (Souza; Amorim, 2021, p. 258). Ou seja, na dúvida sobre o que se fazer com um corpo grávido com COVID-19, em grande parte dos casos optou-se por não agir da maneira como se atuaria caso aquela paciente não estivesse grávida. O que nos leva a um exercício especulativo/imaginativo sem respostas ou certezas possíveis: teriam essas mulheres sobrevivido à doença caso não estivessem grávidas?

Em abril de 2021, mais de um ano após o primeiro caso de morte por COVID-19 no Brasil, ocorrido em 12 de março de 2020, o Brasil passou a ser considerado o epicentro das mortes maternas no mundo, experienciando um aumento de 113% no número de mortes de mulheres grávidas e puérperas por COVID-19 no período. O crescimento dos óbitos maternos pela doença levou o Ministério da Saúde a *pedir*, em 16 de abril de 2021, que, *se possível*, as mulheres adiassem a gravidez até a melhora da pandemia. Novamente, podemos perceber os efeitos de uma liberalização seletiva dos corpos, em especial os femininos, pois a saúde reprodutiva e a vida das mulheres deixam de ser questões coletivas e de saúde pública e passam a ser tratadas como relativas ao campo das escolhas e responsabilidades privadas e individuais. Se mais da metade das gestações do Brasil não são planejadas (Ferreira; Souza, 2018, p. 694), e se o aborto eletivo não é legalizado, quais os efeitos da individualização da responsabilidade sobre o corpo grávido na vida e na saúde das mulheres que engravidam durante a maior crise sanitária dos últimos cem anos? Embora os números oficiais não sejam capazes de captar todo o desalento desse cenário, eles apresentam uma imagem possível dele: até junho de 2021, foram registradas oficialmente 1296 mortes de grávidas e puérperas por COVID-19 no Brasil (Rodrigues *et al.*, 2021).

Em outro artigo publicado pelo Grupo Brasileiro de Estudos da COVID-19 e Gravidez, as pesquisadoras divulgaram evidências de que, entre as grávidas e puérperas internadas com coronavírus no Brasil, as mulheres negras tinham quase duas vezes mais risco de morrer em decorrência da doença do que as mulheres brancas. Isso porque elas já chegavam ao hospital, no geral, com quadros mais graves da doença (Takemoto *et al.*, 2020, p. 259). Dessa forma, uma das conclusões do artigo foi de que no âmbito das mortes maternas no Brasil, a pandemia, quando aliada ao racismo estrutural, atinge de maneira desproporcional as mulheres negras. É de se imaginar que estar grávida em uma pandemia e experienciar um parto ou aborto em meio a ela – especialmente sendo uma mulher negra habitando um país atravessado pelo racismo, pelo machismo e por uma política estratégica de disseminação do vírus colocada em prática pelo governo Bolsonaro (Asano *et al.*, 2021, p. 6), que alia essas duas faces da desigualdade de maneira profunda –, sejam, então, experiências potencialmente aterradoras.

Seguindo com os relatos, como uma mulher grávida nesse contexto, Isadora narra ter sentido muito medo em relação ao desconhecido durante a segunda gravidez: "eu recebia informações de dentro do ministério [da saúde] de que tudo era uma incógnita, de que era uma doença completamente nova, de que a gente não sabia como

se desenvolvia, se tinha algum impacto em gestante, em recém-nascido, como isso se desenrolava". Por ter plano de saúde, Isadora – uma mulher branca – optou por tentar controlar ao menos um aspecto dessa gravidez: o parto. À medida que os casos de COVID-19 aumentavam no DF entre abril e maio de 2020, Isadora passou a ficar com muito medo e mudou seus planos sobre o parto, como conta no trecho a seguir:

[...] Eu fiquei bastante tensa nesse início de pandemia. E aí já mudaram meus planos em relação ao parto [inicialmente ela pensava em entrar em trabalho de parto e ir para o hospital]. Aquela ansiedade de não saber quando as coisas iam voltar ao normal... A minha filha de cinco anos em casa... eu não queria que ela tivesse contato com ninguém. E aí eu mudei... em determinado momento [...] eu tomei a decisão de agendar a cesariana... eu não queria ter essa instabilidade de ficar esperando algum sintoma de trabalho de parto e sem saber o que fazer com a minha filha. [...] eu não queria ter outras instabilidades, outras incertezas. Aí eu resolvi agendar o parto pra saber o que fazer com a minha filha antes, me organizar, né. [...] Eu me senti muito insegura de entrar em trabalho de parto e não ter o que fazer com a minha outra filha. Eu ficava com muito medo de ter parto prematuro. Eu ficava com muito medo de não poder amamentar meu filho se tivesse COVID. Então a gente se isolou pra caramba aqui em casa, não tinha contato com ninguém. (Isadora D., 2021).

Tanto Isadora quanto Elisa sentiram que a pandemia influenciou suas escolhas sobre o parto, embora cada uma tenha lidado de maneira distinta com essa influência: uma optou pela cesárea agendada enquanto a outra preferiu o parto natural domiciliar. Nos parece fundamental enfatizar a importância que o direito de escolha sobre a via do parto performou durante a gravidez vivida na pandemia pelas três mulheres que nos ofereceram seus depoimentos. Ter um controle, por menor que fosse, por mais imaginário que fosse, sobre como dar à luz parece ter desempenhado um papel tranquilizador para que pudessem experienciar, da maneira que lhes era possível, uma gravidez e um parto em meio ao caos, especialmente para Elisa e Isadora. A possibilidade de escolher a via de nascimento de uma filha no Brasil, no entanto, é privilégio de quem possui plano de saúde ou tem condições financeiras de pagar por uma equipe de saúde particular – realidade vivida pelas três entrevistadas desta pesquisa.

Continuando com a narrativa de Elisa, para concluir sua história: enquanto ela esperava o resultado do teste de COVID-19, contou à obstetra sobre os muitos episódios de infecção urinária que teve durante a gravidez de Samuel. A médica solicitou, então, um exame de urina que constatou a infecção, liberando Elisa do protocolo de COVID. Ela foi para o quarto, enquanto Samuel foi encaminhado para UTI neonatal, onde ficou por três dias até receber alta e poder ir para casa, saudável.



## Considerações finais

As narrativas compartilhadas por Renata, Isadora e Elisa acerca de suas gestações e partos nos permitiram perceber uma multiplicidade nas experiências possíveis de maternidade. Além disso, ao compararmos suas primeiras gestações e partos com aquelas vividas durante a pandemia da COVID-19, analisando-as sob a luz da bibliografia sobre o tema, conseguimos perceber como o contexto de crise sanitária influenciou e impactou suas experiências nesse novo ciclo gravídico-puerperal. Cada uma delas viveu esse momento à sua própria maneira, buscando recursos e meios de lidar com o contexto incerto a partir de suas próprias subjetividades. No entanto, o medo – em diferentes medidas e intensidades – parece ter permeado de alguma maneira as três narrativas.

Como a memória é um trabalho sobre o tempo, uma ação que encara o passado sempre a partir do presente, nos parece importante apontar algumas especificidades no contexto de cada uma das narradoras. Isso talvez ilumine aquilo que difere seus relatos das segundas gestações, mas também aquilo que os conecta. Renata teve um parto domiciliar como planejou, sem necessidade de acompanhamento hospitalar. Apesar de ter sofrido lacerações e relatar ter vivido muitas dificuldades de se recuperar fisicamente depois do parto, Renata contou com uma rede de apoio em seu puerpério: sua mãe e sua vizinha ajudavam nos afazeres domésticos e cuidado com as crianças. Além disso, Renata viveu o parto de Bianca em setembro, quando o DF já havia passado pelo primeiro pico da pandemia e apresentava uma melhora no cenário epidemiológico. As três mulheres tiveram a presença constante dos companheiros durante o puerpério, companheiros estes que parecem desempenhar de forma ativa a paternidade e que também se envolvem nas tarefas domésticas.

Elisa e Isadora mantiveram-se isoladas em seus apartamentos durante todo o final da gestação e os primeiros meses de puerpério e não contaram com nenhuma rede de apoio; além disso, as duas viveram seus partos antes da chegada do primeiro pico da pandemia no DF (que aconteceu entre julho e agosto de 2020), em um período ascendente da curva de infecções e óbitos. Tanto Elisa quanto Isadora viveram situações difíceis nos primeiros momentos de seus puerpérios: Elisa por todas as complicações vividas no parto e a internação de Samuel na UTI neonatal; Isadora por ter se exposto ao coronavírus na primeira consulta de Hugo ao pediatra quando, alguns dias depois, ela foi avisada de que o médico havia testado positivo para COVID-19. O puerpério não foi um tema abordado diretamente neste artigo, no entanto, esse período pode se relacionar, em certa medida, com a maneira como cada uma delas percebe e narra suas experiências sobre a gravidez e o parto durante a pandemia, por isso achamos relevante contextualizá-los.

Contar histórias de quem abortou ou viveu uma gravidez, um parto e um puerpério no meio de uma crise de saúde pública sem precedentes, contribui para

que possamos compreender a experiência radical de vulnerabilidade que se tornou habitar esses corpos nesse exato momento da história. Vulnerabilidade esta decorrente não apenas da possibilidade desse corpo grávido vir a se contaminar com o novo coronavírus de fato, mas, também e sobretudo, vulnerabilidade no âmbito emocional e psicológico, por esse corpo habitar um presente desconhecido e experienciar a projeção de um futuro potencialmente ameaçador estando em uma condição física que não é a sua regular. Como o exemplo de Renata ilustra bem, nem todas as mulheres viveram esse contexto da mesma forma. Mas diante da discussão levantada neste artigo, nos parece inegável a necessidade e a relevância de contar essas histórias, de apontar as especificidades que decorrem de se viver uma pandemia a partir de um corpo grávido. E quem sabe, através dessa partilha sensível, nós possamos construir alianças que sirvam de apoio para o acolhimento das tantas experiências de *ser-mãe* em um presente incerto.

## Referências

- ALBERTI, Verena. *Manual de história oral*. 3.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- ASANO, Camila Lissa et al (Ed.). *Monitoramento e análise das normas jurídicas de resposta à COVID-19 no Brasil*. São Paulo: Conectas Direitos Humanos, 2021. (Boletim Direitos na Pandemia, 10).
- BUTLER, Judith. *Corpos que importam: os limites discursivos do “sexo”*. São Paulo: N-1 Edições, 2019.
- DINIZ, Debora; CARINO, Giselle. Aborto: um sentimento de alívio. *El país*, 17 jan. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/opiniao/2020-01-17/aborto-um-sentimento-de-alivio.html>. Acesso em: 15 jan. 2022.
- FERREIRA, Ana Laura Carneiro Gomes; SOUZA, Ariani Impieri. Demanda contraceptiva não atendida. Editorial. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife v. 18, n. 4, p. 693-694, 2018.
- GAGO, Verónica. *A potência feminista: ou o desejo de transformar tudo*. São Paulo: Elefante, 2020.
- GOES, Emanuelle et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 36, supl.1, 2020.
- MARQUES, Silvia Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 9. n. 1, p. 97-119, 2020.
- QUEIROZ, Monique Galdino; SANTANA, Wilder Kleber Fernandes de. Biopolítica e gestão da saúde: o discurso sobre o parto normal na página *O renascimento do parto*. *Domínios de Língua@gem*, Uberlândia, v. 14, n. 3, p. 739-762, 2020.

ROCCA, Corinne *et.al.* Emotions and decision rightness over five years following an abortion: an examination of decision difficulty and abortion stigma. *Social Science & Medicine*, v. 248, 2020.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, Recife, n. 21, supl. 1, p. 5257-5261, 2021.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo *et.al.* The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 151, n. 1, p. 154-156, 2020.

## Fontes orais

B., Renata [33 anos]. [jan. 2021]. Entrevistadora: Leila Saads. Brasília, DF, 16 jan. 2021.

C., Isadora [33 anos]. [jan. 2021]. Entrevistadoras: Lorrany Arcanjo e Leila Saads. Brasília, DF, 19 jan. 2021.

D., Elisa [32 anos]. [jan. 2021]. Entrevistadoras: Julia Bianchi e Leila Saads. Brasília, DF, 19 jan. 2021.

Recebido em 28/07/2021

Aprovado em 07/12/2021

**Contribuições das autoras:** Saads: pesquisa prévia, levantamento bibliográfico, realização das entrevistas, conferência das transcrições, análise dos dados, redação e revisão do texto; Saboia: revisão crítica e substancial do artigo.

**Fonte de financiamento:** nada a declarar.

**Conflitos de interesse:** as três entrevistadas têm relação de amizade com uma das entrevistadoras