

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ALINE ALVES VELEDA

TRAJETÓRIAS DO NASCER:

**a construção cultural da incompetência de mulheres gestantes para gestar e parir no
subsetor suplementar de saúde em Porto Alegre, RS**

**Porto Alegre
2015**

ALINE ALVES VELEDA

TRAJETÓRIAS DO NASCER:

**a construção cultural da incompetência de mulheres gestantes para gestar e parir no
subsetor suplementar de saúde em Porto Alegre, RS**

Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Políticas, Avaliação e Atenção em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Tatiana Engel Gerhardt

**Porto Alegre
2015**

CIP - Catalogação na Publicação

Veleda, Aline Alves

Trajetórias do nascer: as representações culturais de mulheres gestantes atendidas no subsetor suplementar de saúde em Porto Alegre, RS / Aline Alves Veleda. -- 2015.

325 f.

Orientadora: Tatiana Engel Gerhardt.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Antropologia. 3. Cultura. 4. Saúde materno-infantil. I. Gerhardt, Tatiana Engel, orient. II. Título.

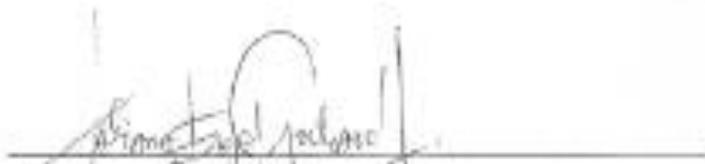
ALINE ALVES VELEDA

Trajetórias do Nascer: As representações culturais de mulheres gestantes atendidas no subsetor suplementar de saúde em Porto Alegre, RS.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

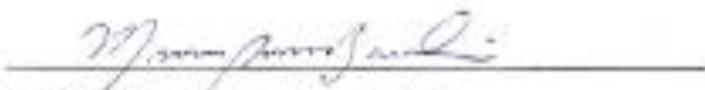
Aprovada em Porto Alegre, 03 de junho de 2015.

BANCA EXAMINADORA



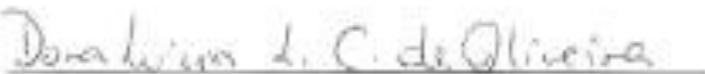
Prof. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Presidente – PPGENF/UFGRS



Prof. Dr. Marcos Augusto Bastos Dias

Membro – FIOCRUZ



Prof. Dra. Dora Lucia Lédens Correa de Oliveira

Membro – PPGENF/UFGRS



Prof. Dra. Fernanda Bittencourt Ribeiro

Membro – PUC/RS

Sem medo de parecer estranha ou egocêntrica dedico esta tese a mim, pelas escolhas que tive que fazer, pelas noites sem dormir, pelas longas caminhadas e pelos momentos de cansaço intenso. Foi somente por meio desta experiência que finalmente consegui enxergar a mulher persistente, corajosa e destemida que sou. A você **Aline**, com todo meu amor.

AGRADECIMENTOS

Foram quatro anos de uma gestação incrível. Gestar esta tese não foi fácil, tiveram momentos de dificuldade, medos, idas e vindas, movimentos sempre presentes no dia a dia da vida. E como uma mulher-*mãe*-pesquisadora chego a este novo começo com uma paixão incrível pelo que pari, mas reconheço que como toda “gestante” não caminhei sozinha nessa jornada. Por isso venho neste momento agradecer aqueles seres incríveis, almas amigas, que estiveram comigo nessa gestação, sempre me estimulando, me cuidando e doulando.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS:

Pelo carinho com que receberam essa riograndina perdida pelas bandas de POA.

Às colegas e parceiras da Universidade Federal de Ciências da Saúde – UFCSPA:

Pela acolhida de sempre, pelos abraços apertados e pela compreensão da necessidade de tempo.

Aos membros da Banca Examinadora:

Por compartilharem comigo experiências, conhecimentos e a paixão pelo assunto.

À Prof^a Tatiana Engel Gerhardt:

Pelo puxão de orelha na hora certa e por me contaminar com sua paixão pela antropologia! Não sei mais ser de outro jeito e a culpa é sua!

Às queridas Marina, Mariana, Adriana, Márcia, Juliana e Bruna:

Pela incrível paciência e disposição em me ajudar na hora em que eu mais precisava!
Jamais esquecerei!

Às lindas mulheres-mães que participaram desta pesquisa:

Mulheres incríveis que compartilharam sua vida comigo de forma solidária e carinhosa! Sempre em meu coração!

Aos fofos bebês que nasceram durante esta trajetória:

Vocês foram a alegria das minhas tardes de caminhada!

Às amigas Susi, Pati, Dani, Shana, Márcias, Fernanda, Mari e Pri:

Vocês foram os sorrisos e as diversões que eu precisava para recarregar a energia.
Irmãs de alma e coração!

Ao meu cusquinho querido Spoki:

Pelas tardes que abdicou de seus passeios no parque para que eu pudesse escrever. E mesmo assim ficou sempre do meu lado! Mil “snacks” para você!

Ao meu marido Lúcio:

Você merece o que há de melhor em mim! E juntos partimos agora para a nossa maior aventura como casal (Até que enfim!).

Aos meus avós João e Olga:

Pelo estímulo, força, docinhos, telefonemas, abraços e despedidas firmes, para que eu conseguisse voltar pra casa!

Aos meus pais Marisa e Gilnei:

Amores de minha vida, sempre presentes, sempre cuidando deste bebê, sempre me esperando no Trevo, sempre me deixando ir e voltar, apesar da saudade! Amo vocês!

À DEUS e a todos os seres espirituais de luz:

Que me cuidaram, que me curaram, que me fortaleceram e que, com suas energias vitais, me permitiram acreditar que eu conseguiria!

GRATIDÃO ETERNA!



Enxergue a vida com coragem, gentileza e um pouco,

Só um pouquinho de magia!

(Fada Madrinha – Cinderela)

RESUMO

VELEDA, Aline Alves. **Trajetórias do nascer**: as representações culturais de mulheres gestantes atendidas no subsetor suplementar de saúde em Porto Alegre, RS. 2015. 335 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Este trabalho teve como objetivo analisar a construção de uma representação cultural sobre a incompetência feminina para gestar e parir por meio da análise das trajetórias assistenciais de mulheres atendidas no subsetor suplementar de atenção à saúde de Porto Alegre, RS. Procurou-se problematizar o contexto social e cultural da vivência da gestação e do parto das mulheres atendidas por planos ou seguros saúde, compreendendo a gestação e o nascimento como processos culturais e inseridos na contemporaneidade. Para tanto foi realizado um estudo etnográfico de abril a novembro de 2014 na cidade de Porto Alegre, RS, com a participação de oito mulheres gestantes, atendidas por planos de saúde e que estavam com mais de 32 semanas de gestação. Os dados foram produzidos por meio de observação participante, anotações em diário de campo e entrevistas semi estruturadas, as quais foram gravadas e transcritas na íntegra. O processo analítico foi orientado pela antropologia interpretativa, tendo como base o referencial teórico sobre Cultura de Clifford Geertz. Foi possível apreender as trajetórias assistenciais das mulheres acompanhadas, desenhando caminhos de modulação e resistência. Apreendeu-se visões complexas e subjetivas sobre a gestação e o parto, sempre compreendidas em meio a cultura em que as mulheres viviam e experienciavam estes processos. As redes sociais apresentam-se como elementos moduladores sobre os ideais de maternidade e escolhas do parto. A gestação é compreendida por um olhar medicalizado, orientando à ideia de que a mulher não deve envolver-se com a gravidez e o parto, visto ser estes de domínio da medicina. Crenças e rituais fortalecem tais ideais, servindo como modelos culturais para a futura mulher-mãe. O momento do nascimento é envolto pelo discurso do medo e do risco, reforçando a necessidade do saber médico e a incompetência feminina para viver o parto. Durante o puerpério a mulher vivencia o processo de “tornar-se mulher-mãe”, questionando sobre seus ideais de maternidade e vivendo uma ambivalência de sentimentos, o que a fragiliza, tornando-a sensível à opiniões, intromissões e modulações culturais e sociais. Por fim, identificam-se trajetórias de atenção marcadas pela violência física e emocional no subsetor suplementar, levantando questionamentos sobre a qualidade da assistência ofertada às suas usuárias. A partir disso tudo, fica a compreensão que as mulheres, moduladas por saberes biomédicos caminham por trajetórias semelhantes na saúde suplementar, por caminhos que desapropriam-nas de seu corpo e de suas escolhas, experienciando momentos de desrespeito e violência. No entanto, ainda existem movimentos de resistência, trajetórias de fuga, as quais possibilitam, não sem sofrimento, a vivência de gestar e parir que elas desejam. É preciso urgentemente atentar para como está ocorrendo a atenção obstétrica no subsetor suplementar, para além dos percentuais de cesariana, os quais são apenas o desfecho esperado de uma gestação modulada, invadida e culturalmente medicalizada.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Antropologia. Cultura. Saúde materno-infantil.

ABSTRACT

VELEDA, Aline Alves. **Birth trajectories**: cultural representations of pregnant women assisted by the supplemental subsector of health in Porto Alegre, RS. 2015. 335 f. Thesis (PhD in Nursing) – Nursing School, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

This study aimed to analyze the construction of a cultural representation of women's inability to gestate and give birth through the analysis of care trajectories of women assisted by the supplemental subsector of healthcare in Porto Alegre, RS. It sought to question the social and cultural context of the experience of pregnancy and delivery of women attended by health plans or insurances, including pregnancy and birth as cultural processes, inserted in contemporary times. For that purpose, an ethnographic study was performed from April to November 2014 in the city of Porto Alegre, RS, with the participation of eight pregnant women, attended by health plans and who were with more than 32 weeks of pregnancy. Data were produced through participant observation, field diary notes and semi-structured interviews, which were recorded and fully transcribed. The analytical process was guided by the interpretive anthropology, based on the theoretical framework of Clifford Geertz on culture. It was possible to capture the healthcare trajectories of the women, drawing modulation and resistance paths. Also, complex and subjective views about pregnancy and delivery were internalized, and they were always understood in the midst of the culture in which women lived and experienced such processes. Social networks are presented as modulator elements on the ideals of motherhood and childbirth choices. Pregnancy is comprised of a medicalized look, guiding to the idea that women should not be involved with pregnancy and childbirth, given they're both of medicine domain. Beliefs and rituals strengthen these ideals, serving as cultural models for the future mother-woman. The moment of birth is surrounded by the discourse of fear and risk, stressing the need for medical knowledge and women's inability for living the parturition. During puerperium women go through the process of "becoming a mother-woman", questioning their ideals of motherhood and living an ambivalence of feelings, which weakens themselves, making them sensitive to opinions, intrusions and cultural and social modulations. Finally, care trajectories marked by physical and emotional violence are identified in the supplemental subsector, raising questions about the quality of assistance given to its users. From all this is the understanding that women, modulated by biomedical knowledge go through similar paths in the supplemental health, by ways that evict them from their bodies and their choices, experiencing moments of disrespect and violence. However, there still are movements of resistance, escape paths, which enable, not without suffering, the experience of gestating and giving birth that they want. It is urgent to pay attention to how the obstetric care in the supplemental subsector is happening, beyond Cesarean percentage, which is only the outcome expected from a modulated pregnancy, invaded and culturally medicalized.

Keywords: Obstetric nursing. Anthropology. Culture. Maternal and child health.

RESUMEN

VELEDA, Aline Alves. **Trayectorias del nacer**: Las representaciones culturales de mujeres embarazadas atendidas en el subsector suplementar de salud en Porto Alegre, RS. 2015. 335 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Este trabajo tuvo como objetivo analizar la construcción de una representación cultural sobre la incompetencia femenina para gestar y parir por medio del análisis de las trayectorias asistenciales de mujeres atendidas en el subsector suplementar de atención a la salud de Porto Alegre, RS. Se buscó problematizar el contexto social y cultural de vivencia de la gestación y del parto de las mujeres atendidas por planes o seguros salud, comprendiendo la gestación y el nacimiento como procesos culturales e insertados en la contemporaneidad. Para tanto, fue realizado un estudio etnográfico de abril a noviembre de 2014 en la ciudad de Porto Alegre, RS, con la participación de ocho mujeres embarazadas, atendidas por planes de salud y que estaban con más de 32 semanas de gestación. Los datos fueron producidos por medio de observación participante, anotaciones en diario de campo y entrevistas semi estructuradas, las cuales fueron grabadas y transcritas a la íntegra. El proceso analítico fue orientado por la antropología interpretativa, teniendo como base el referencial teórico sobre Cultura de Clifford Geertz. Fue posible comprender las trayectorias asistenciales de las mujeres acompañadas, dibujando caminos de modulación y resistencia. Fueron tomadas visiones complejas y subjetivas sobre la gestación y el parto, siempre comprendidas en el medio a la cultura en que las mujeres vivían y experimentaban estos procesos. Las redes sociales se presentan como elementos moduladores sobre los ideales de maternidad y elección del parto. La gestación es comprendida por una mirada medicalizada, orientada a la idea de que la mujer no debe preocuparse con el embarazo y el parto, visto éstos de dominio de la medicina. Creencias y rituales fortalecen tales ideales, sirviendo como modelos culturales para la futura mujer-madre. El momento del nacimiento es tomado por el discurso del miedo y del riesgo, reforzando la necesidad del saber médico y la incompetencia femenina para vivir el parto. Durante el puerperio la mujer experimenta el proceso de “convertirse mujer-madre”, cuestionando sobre sus ideales de maternidad y viviendo una ambivalencia de sentimientos, lo que la fragiliza, la convirtiendo sensible a opiniones, intromisiones y modulaciones culturales y sociales. Por fin, se identifican trayectorias de atención marcadas por la violencia física y emocional en el subsector suplementar, levantando cuestionamientos sobre la cualidad de la asistencia ofertada a sus usuarias. Con eso, queda la comprensión de que las mujeres, moduladas por saberes biomédicos, caminan por trayectorias semejantes en la salud suplementar, por caminos que las desapropian de su cuerpo y de sus elecciones, experimentando momentos de falta de respeto y violencia. Sin embargo, todavía existen movimientos de resistencia, trayectorias de fuga, las cuales posibilitan, no sin sufrimiento, la vivencia de gestar y parir que ellas desean. Es necesario urgentemente atender para cómo está ocurriendo la atención obstétrica en el subsector suplementar, para más allá de los porcentuales de cesariana, los cuales son apenas el desfecho esperado de una gestación modulada, invadida y culturalmente medicalizada.

Palabras clave: Enfermería obstétrica. Antropología. Cultura. Salud materno-infantil.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas em Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CID 10	Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CO	Centro Obstétrico
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNH	Política Nacional de Humanização
PQSS	Programa de Qualificação da Saúde Suplementar
PREVSAUDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RS	Rio Grande do Sul
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
UIO	Unidade de Internação Obstétrica

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pré-natal em Porto Alegre: Regiões do Orçamento Participativo.....	73
Figura 2 – Nascimentos por cesarianas nas Regiões do Orçamento Participativo.....	74
Figura 3 – Trajetórias assistenciais de mulheres-gestantes-puérperas atendidas pela saúde suplementar no município de Porto Alegre – abril/novembro de 2014.....	80
Figura 4 – Trajetória de resistência de Frida – Porto Alegre – abril/novembro de 2014.....	88
Figura 5 – O despertador do nascimento.....	123
Figura 6 – Cartaz Medicina Baseada em Evidências.....	123
Figura 7 – Tome informação.....	124
Figura 8 – Desnecesária.....	124
Figura 9 – Carta ao pediatra.....	125
Figura 10 – Como se nasce no Brasil.....	125
Figura 11 – Deixa nascer.....	126
Figura 12 – Página retirada da rede social de Frida, autorizado pela autora.....	128
Figura 13 – Imagens de parto compartilhadas nas comunidades virtuais.....	131
Figura 14 – Cenas do Parto de Paloma na novela Amor à Vida.....	136
Figura 15 – Folders caso Adelir.....	141
Figura 16 – A peregrinação de Malala por três obstetras diferentes, 2014.....	166
Figura 17 – Brincadeiras dos chás de bebês/fralda de Malala, Diana e Simone, 2014.....	185
Figura 18 – Chá de benção de Frida.....	190
Figura 19 – Círculo da construção da representação social de dependência feminina para gestar e parir com as categorias biomédicas hegemônicas.....	234
Figura 20 – Mães que amamentam, 2014.....	251

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Mortalidade Infantil e Cesarianas em Porto Alegre: série histórica de 1991 até 2012.....	70
Gráfico 2 – Mortalidade materna e cesarianas em Porto Alegre: série histórica de 1991 até 2012.....	71
Gráfico 3 – Pré-natal adequado e cesarianas em Porto Alegre: série histórica de 2001 a 2012	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Representação das mulheres participantes da pesquisa.....	56
--	----

SUMÁRIO

1	A CONCEPÇÃO DE UMA IDEIA.....	16
2	A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO: Revisão de Literatura.....	23
2.1	O subsistema suplementar de atenção à saúde brasileiro.....	23
2.2	A atenção à mulher no Brasil: políticas públicas e modelos de atenção no setor público e no subsetor suplementar de atenção à saúde.....	29
2.3	As trajetórias assistenciais como ferramenta para compreensão da atenção à saúde da mulher durante a gestação, parto e puerpério	37
2.4	Problematizando o tema em estudo: as representações culturais sobre a gestação e o parto e as trajetórias assistenciais das mulheres no subsistema suplementar de saúde	44
3	AS TRAJETÓRIAS METODOLÓGICAS	53
3.1	Abordagem do estudo	53
3.2	Cenário e contexto do estudo	54
3.2.1	Porto Alegre e a saúde suplementar.....	54
3.2.2	Os modos de andar a vida das mulheres	54
3.3	Participantes do estudo: as mulheres e as vivências com a maternidade	55
3.4	Geração dos dados: inserindo-se no campo e andando junto	58
3.4.1	A entrada em campo: primeiros contatos e relações	60
3.4.2	O fazer etnográfico: observando, ouvindo, experienciando	61
3.4.3	O diário de campo e o registro do que vivenciei.....	63
3.5	Análise das informações: interpretando a cultura do ser mulher-mãe à luz das concepções de Geertz.....	64
3.6	Considerações éticas.....	66
4	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	68
4.1	Nascer em Porto Alegre: a Saúde Suplementar e a realidade obstétrica na capital gaúcha	68
4.1.1	A Saúde Suplementar e a atenção obstétrica em Porto Alegre, RS.....	69
4.1.2	Diga-me onde você mora e eu te direi como parirás.....	72
4.1.3	Trajetórias do domicílio à ecografia de terceira dimensão.....	76
5	REVELANDO AS REDES SOCIAIS NO COTIDIANO DAS MULHERES-GESTANTES: “porque ninguém gesta sozinho”	95
5.1	A família como rede social: maternidades inspiradoras e a hereditariedade das vivências	96
5.2	Amizade, trabalho e comunidade como uma rede de proteção: “o mundo é mais gentil com a gestante”	104
5.3	A “mãe boa e a mãe má”: compartilhando vidas na construção do que é ser mãe	109

5.4 As redes sociais virtuais: participando de comunidades, compartilhando experiências e ‘curtindo’ o parto das outras	119
5.5 A mídia como parte da teia: desaprendendo a parir em rede nacional	132
5.5.1 O parto de Paloma e Luana na novela Amor à Vida.....	133
5.5.2 O caso Adelir	138
5.5.3 O Renascimento do Parto nos cinemas e na vida	141
6 NOVE MESES DE ESPERA: da descoberta da gestação ao enfrentamento do puerpério	148
6.1 Pelos caminhos da gestação: do obstetra ideal até a lua cheia	152
6.1.1 “ <i>Até parece que estou doente!</i> ”: a cultura da vida medicalizada	154
6.1.2 “ <i>Difícil é achar um obstetra que faça obstetrícia</i> ”: a peregrinação por um profissional na saúde suplementar de Porto Alegre	163
6.1.3 Mulher não tem que se preocupar com o parto: “preocupe-se com o enxoval e tira essa bobagem da cabeça!”	168
6.1.4 Os chás de bebê: tradições compartilhadas e bênçãos recebidas.....	172
6.1.5 O ritual de passagem de Diana, Simone e Malala: os chás de bebês e fraldas.....	178
6.1.6 O ritual de passagem de Frida: revivendo o chá de benção	185
6.1.7 “ <i>Lua cheia é poderosa!</i> ”: as fases da lua e o momento ideal do nascimento	190
6.2 Pelos caminhos do parto: medo, imprevisibilidade e poder	197
6.2.1 O discurso do medo: “você vai mesmo colocar sua filha em risco?”	200
6.2.2 A imprevisibilidade do nascimento: quando controlar não é possível	207
6.2.3 (<i>desne</i>)Cesárea, mas prática: os conflitos de interesse que modulam as trajetórias do nascimento	212
6.2.4 “ <i>Não é o meu parto, é o parto dela!</i> ”: quando não existem escolhas	223
6.2.5 Saber é poder: o discurso biomédico como o modulador das escolhas das mulheres	228
6.3 Pelos caminhos do puerpério: a ambivalência de ser mulher-mãe	235
7 TRAJETÓRIAS DE VIOLÊNCIA NO SUBSETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE 256	
7.1 A cesariana de Anita: o mal comportamento e a barganha pelo acompanhante	262
7.2 O parto de Frida ou “que bom que você vai embora!”	268
7.3 Tramando teias de resistência: os caminhos em busca do parto desejado	273
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS PARA UM NOVO COMEÇO	279
REFERÊNCIAS	289
APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)	320
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	322
ANEXO B - REGIÕES DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO DE PORTO ALEGRE	325

1 A CONCEPÇÃO DE UMA IDEIA

Con.cep.ção: ato ou efeito de conceber, gerar, ou de formar ideias.

Escolho para iniciar a definição de concepção já que esta foi a etapa vivenciada por mim durante os últimos quatro anos, em constante formação, gerando uma tese, vivendo os processos de uma gestação subjetiva e intelectual, que me possibilitaram chegar a este momento cercada de novas formas de ver e compreender as mulheres e a cultura que lhes cerca durante a gravidez, o parto e o puerpério. Começo este texto partindo do ponto pelo qual iniciei há quatro anos atrás, questionando-me, incomodada, querendo respostas e formulando a partir delas novas perguntas. Afinal, de que maneira constrói-se a ideia e dissemina-se o enunciado de que a mulher, durante os processos de gestação, parto e puerpério, é incapaz de trilhar sua própria história? Como a cultura, inserida como parte integrante e inseparável das mulheres, influencia e modula os caminhos a serem percorridos durante a gravidez até o pós-parto? E como esta modulação acontece no subsector suplementar de saúde, delineando trajetórias medicalizadas e tecnológicas de cuidado?

Todos estes questionamentos não vieram sozinhos ou surgiram apenas de **concepções** teóricas sobre o tema, mas fazem parte de uma trajetória pessoal de experiência junto às mulheres e famílias. Experiências que levaram esta autora a apaixonar-se pelo tema e querer, a partir disso, construir sua própria história como mulher, pesquisadora e apoiadora de uma maternidade ativa. Este momento, no qual venho trilhando mais uma etapa deste caminho, foi dedicado à pesquisar e vivenciar, de forma mais profunda, questionamentos que durante minha prática assistencial e docente sempre me movimentaram como mulher e como enfermeira.

Isso tudo porque, a pesquisadora que aqui se coloca trabalha há uma década com a atenção a saúde da mulher, em especial durante a gestação, parto e puerpério, atuando inicialmente como enfermeira assistencial e atualmente dedicando-se à docência em universidade pública, buscando tanto os processos de ensino e aprendizagem que possibilitem o questionamento das práticas rotineiras quanto o ativismo e o protagonismo feminino frente às questões da humanização do nascimento.

Partindo desta história pessoal, não poderia de nenhuma maneira, querer no Doutorado trabalhar com outra temática que não a gestação e o parto, em suas compreensões culturais e sociais, já que é justamente este tema que me estimula até hoje em meus percursos de vida. O que me moveu à construir este trabalho foi o desejo de buscar conhecer como ocorrem as vivências da gestação e do parto, como as mulheres experenciam estes momentos e o que as move para o papel de mulher-mãe no meio em que elas vivem.

Ao realizar esta reflexão, em uma tentativa de deixar claras minhas motivações frente ao tema de pesquisa, encontrei-me novamente envolta com outras tantas inquietações que se apresentam neste campo, inquietações estas que surgiram a partir de um momento pessoal de ativismo pelo cuidado humanizado à mulher e ao nascimento. E daí partiram apreensões do campo que me fizeram refletir que algo, no decorrer da trajetória das mulheres durante a gestação até o puerpério, estaria de forma forte e ao mesmo tempo velada, modulando a busca dos cuidados e as próprias percepções das mulheres sobre seu empoderamento durante sua construção social e cultural como mulheres-mães.

O que justificaria a percepção atual da gestação como doença? O que explicaria uma busca por maiores tecnologias de cuidado para a gestação e principalmente para o momento do parto? Que sociedade é esta que, em nome de um discurso de segurança, apela inegavelmente em defesa dos direitos das mulheres retirando das mesmas seu potencial de gestar e parir fisiologicamente? Que sociedade é esta que, em virtude do consumo e da valorização mercantil do tempo, mas usando o discurso da segurança e da humanização do cuidado, *reapresenta* um evento biológico como um processo patológico para que, a partir disso, possa ser prevenido e instituir no seu lugar um procedimento médico-cirúrgico por excelência? E porque este procedimento virou o padrão ouro dos nascimentos no Brasil?

Nesse mesmo sentido Diniz (2005) refere que:

No caso brasileiro, a obstetrícia parece ter apelo inegável em defesa das mulheres, que seriam aqui mais beneficiadas, barganhando mais alívio da dor e mais preservação genital, desde que paguem por isso: eis o padrão ouro da assistência na prática. Nossos obstetras seriam mais humanos que os obstetras das outras: se o parto é um evento medonho, um agravo à saúde, por que não simplesmente *preveni-lo*, através da cesárea de rotina? Um parto moderno, indolor, conveniente em horários e datas, racional, sem gemidos, genitais

expostos ou destroçados. Nesta *via de parto*, há também uma certa decência, um apagamento da dimensão sexual do parir.

E, então, de tantos questionamentos e reflexões que movimentam (nunca paralisam) esta pesquisadora, surgiu a necessidade de pensar estas questões a partir de outras dimensões, que não apenas a biológica, a mecanicista e tecnológica que, por si só, definem valores dos quais quero me distanciar. Senti a necessidade de estar próxima, estar junto, ouvir, ver e sentir um pouco do que é vivenciar os contextos que envolvem a gestação e o parto, a partir do olhar de quem os vive realmente: a mulher, em seu meio, em suas comunidades, com todas as crenças, opiniões, valores que constroem e legitimam a cultura de maternidade que elas conhecem.

Dessa maneira, nasceu o interesse em estudar o tema da cultura frente os processos de gestação, parto e puerpério e como a mesma modula representações sobre a incompetência feminina para vivenciá-los. Para estudar este tema escolhi partir das concepções de **Geertz** (2008), para quem estudar cultura é justamente interpretar o significado das ações sociais para os sujeitos que as vivenciam, referindo que as formas de sociedade são o conteúdo e o elemento central da cultura. Para este autor, o conceito de cultura é semiótico, levando a um entendimento de que o homem vive em uma teia de significados, as quais podem exercer um conjunto de mecanismos de controle, e a análise destas teias, realizada a partir de uma descrição densa, possibilitaria um estudo interpretativo e aprofundado da cultura viva nos atos e discursos dos sujeitos (GEERTZ, 2008).

Apoio-me na visão da gestação vivida no ato e nos discursos das mulheres e daqueles que as cercam. Afinal, o gestar e o parir, em nossa sociedade, sempre foi cercado de imagens, conceitos e valores culturalmente produzidos e legitimados, os quais constroem o que estas vivências significam para cada mulher em particular e, ao mesmo tempo, para todas em seu coletivo. Trata-se de, como diria Gutman (2013)

Trazer as experiências que todas as mulheres atravessam como se fossem únicas, sabendo, ao mesmo tempo, que são compartilhadas com as demais fêmeas humanas e fazem parte de uma rede intangível em permanente movimento.

No entanto, escolho um recorte bastante específico: mulheres atendidas pelo setor de saúde suplementar do Sistema Único de Saúde. Esta escolha se deu pois, em virtude dos altos índices de utilização de tecnologias duras na atenção obstétrica da saúde suplementar, com ênfase nos quase 90% de nascimentos por cesariana, o que talvez pudesse inferir inicialmente é que neste subsetor constrói-se uma cultura social de que a humanização e a segurança nos processos de gestação e parto está relacionada com a ideia de utilização extrema de tecnologia biomédica, na maioria dos casos desnecessária. Constrói-se, portanto, uma força moduladora de representações que demarca trajetórias medicalizantes de cuidado durante à gestação de forma mais acentuada neste subsetor.

Ao mesmo tempo, a proposta deste estudo é também visualizar estas representações culturais por meio das trajetórias assistenciais das mulheres atendidas no subsetor suplementar. Isto porque acreditamos que as análises das trajetórias assistenciais podem apontar para a diversidade de estratégias de saúde desenvolvidas pelos usuários (ALCÂNTARA, 2009), demonstrando como estes vivenciam a relação entre demanda e oferta em um contexto que vai além da institucionalização destes processos (LOFEGO et al., 2009). Sobre isso, Cordova (2008) chama a atenção para o foco biomédico do setor suplementar frente aos cuidados durante a gestação, afirmando que, por meio do uso das trajetórias assistenciais, há a possibilidade do reconhecimento deste modelo de cuidado.

A partir dessas questões e das ponderações iniciais que se fez traço o **objetivo geral** desta tese: analisar a construção cultural de incompetência feminina para gestar e parir por meio da análise das trajetórias assistências de mulheres atendidas no subsetor suplementar de atenção à saúde em Porto Alegre, RS. Seguindo de seus **objetivos específicos**:

- Identificar quais conceitos, valores e opiniões influenciam na construção cultural sobre a gestação, parto e puerpério em mulheres usuárias do subsetor suplementar de atenção à saúde no município de Porto Alegre, RS.
- Identificar de que forma o modelo medicalizante de assistência direciona as opiniões, condutas, crenças e ações das mulheres durante a gestação, parto e puerpério no subsetor suplementar de atenção à saúde no município de Porto Alegre, RS.

- Analisar como as trajetórias assistenciais durante a gestação, parto e puerpério são direcionadas pelas produções culturais de mulheres usuárias do subsetor suplementar de atenção à saúde no município de Porto Alegre, RS.

Parte-se da hipótese de que existe uma modulação da representação feminina sobre gestação, parto e puerpério que é construída socialmente e influenciada pelo modelo biomédico de assistência em saúde, representação esta que por sua vez direciona trajetórias assistenciais medicalizantes que, de forma circular, reforçam a construção social dos processos de gestação e parto como eventos biomédicos por excelência. Esta circular é mais forte justamente no subsetor suplementar, o qual, por suas características, enfatiza concepções de saúde baseadas na lógica do consumo e não na da integralidade e da defesa da vida.

Mas para chegar a esta tese percorri um vasto caminho durante estes já transcorridos quatro anos de Doutorado, participando de disciplinas, debates, discussões e, realizando leituras aprofundadas sobre a temática envolvendo atenção materno-infantil e saúde suplementar. Por meio das inúmeras disciplinas que participei, pude contemplar diversas dimensões do saber em saúde, principalmente durante debates levantados nas aulas relacionadas com a Saúde Coletiva e a Antropologia. Nestes espaços pude compartilhar saberes que me levaram ao questionamento do modelo biomédico hegemônico e, com maior ênfase, questionei sobre minha formação ainda bastante dura e medicalizada como enfermeira e membro das equipes de saúde, o que possibilitou-me o pensar na integralidade e no cuidado de uma forma mais dinâmica e complexa.

Como posso e devo enfatizar, todo esse percurso não foi fácil de ser trilhado, exigiu uma grande busca e um fôlego maior ainda frente a tantas leituras realizadas. Me permiti, durante alguns meses fazer um passeio histórico pela construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, seus princípios e sua organização, a fim de entender melhor o surgimento da complementariedade da Saúde Suplementar no contexto de atenção do SUS. Busquei a contextualização histórica da atenção à mulher e, principalmente da assistência à gestação, ao parto e ao nascimento, evidenciando a luta atual pelo retorno à “humanidade” presente nestes cuidados. Trilhei caminhos por entre as trajetórias terapêuticas, aprofundando conhecimentos e gerando novos questionamentos, os quais me possibilitaram refletir

conjuntamente sobre como se dá as trajetórias das mulheres durante a gestação até o puerpério, que tipo de cuidados elas buscam, o que as influencia durante estes percursos e de que forma eles ocorrem em um subsistema de consumo de produtos em saúde, tal como é a Saúde Suplementar brasileira.

O texto, incluindo esta introdução, foi composto de cinco capítulos e considerações finais. No capítulo 2 constam as noções centrais do estudo, o referencial teórico da Interpretação da Cultura à luz das concepções de Geertz (2008) e a contribuição das trajetórias assistenciais enquanto ferramenta para planejamento e organização do cuidado à saúde materno-infantil. O capítulo 3 traz o caminho metodológico construído para geração dos dados, os cenários e contextos, bem como os participantes e o uso de instrumentos de pesquisa, enfatizando a experiência da autora frente a realização de um estudo etnográfico.

No capítulo 4 apresentam-se as informações geradas durante os nove meses de apreensão do campo, aspectos fundamentais para a análise e compreensão da construção das representações culturais sobre a gestação e o parto. Esta sessão é subdividida em quatro subcapítulos, cada um enfatizando determinados aspectos referentes ao alcance dos objetivos propostos.

Inicialmente contextualizo o cenário de estudo: Porto Alegre e a saúde suplementar, traçando e analisando as trajetórias assistenciais das mulheres participantes da pesquisa. Em seguida revelo a importância das redes sociais no cotidiano das mulheres-gestantes, apreendendo os contextos socioculturais, a participação das redes virtuais e da mídia na construção do ser-mulher-mãe e os enunciados de maternidade presentes em seus discursos. Em um terceiro momento analiso e discuto os caminhos percorridos durante a gestação, o parto e o puerpério, identificando conceitos, valores e crenças presentes e apreendendo como o discurso biomédico e medicalizante, impregnado pela força do risco, do medo e pela lógica de mercado, modula as escolhas dos caminhos a serem trilhados pelas mulheres desde a descoberta da gravidez até o período pós-parto. Por último, apresento e discuto, não de forma fácil, trajetórias de violência vividas pelas mulheres, bem como caminhos de resistência encontrados por elas frente ao imposto pelo *'biossistema'*, destacando a ocorrência destes episódios no subsistema suplementar, aspecto que ainda

não tomou as proporções impulsionadoras de mudanças qualitativas na assistência deste setor.

Nas considerações finais constam uma síntese analítica do estudo, reflexões que emergiram a partir do tema e da tese, apreensões sobre a metodologia utilizada e conclusões importantes para novos começos e caminhos a serem trilhados. Isso porquê nenhuma pesquisa finda-se nela mesma, mas pelo contrário, acaba (ou inicia) por originar novos questionamentos, novas descobertas e mais objetivos a serem propostos. Minha perspectiva nunca foi finalizar a discussão, mas possibilitar pelas considerações finais um novo começo.

Como já referi, o caminho durante estes quatro anos não foi fácil, exigiu esforço, desprendimento, dedicação, renúncia à velhas ideias e questionamentos pessoais quanto a minha prática e à minha teoria. E, por mais que tenha sido intrincado, ao mesmo tempo foi prazeroso, pois possibilitou-me chegar até aqui, conceber a tese, construir um novo pensamento e, principalmente, me fez amadurecer frente às lutas que venho enfrentando pela humanização do cuidado às mulheres, recém-nascidos e famílias.

Por fim, não posso deixar de destacar a importância que a temática em estudo tem para o setor saúde e principalmente para o campo do cuidado à mulher e ao nascimento, já que pretende trazer reflexões substanciais tanto sobre a construção da imagem cultural da *mulher-gestante-parturiente-puerpera*, quanto para como essa construção social e cultural pode influenciar os caminhos escolhidos pelas mesmas para trilhar suas experiências durante a gestação e o parto. Espero que, com seus resultados e a partir das discussões aqui levantadas, possa contribuir para a organização da atenção materno-infantil no município de Porto Alegre e quem sabe no país, concebendo ideais de cuidado que possibilitem a escuta ativa das mulheres, bem como a valorização e o empoderamento feminino frente aos processos de gestação, parto e puerpério.

2 A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO: Revisão de Literatura

A partir deste momento serão apresentados elementos importantes que irão contribuir com a construção da problemática deste estudo e, principalmente, contextualizar o tema em questão, delimitando propostas e refletindo sobre um referencial teórico a ser utilizado durante este trabalho. Dessa maneira, esta revisão de literatura tem como objetivo principal a reflexão sobre a temática das trajetórias assistenciais de mulheres usuárias do setor público e do subsetor suplementar de atenção ao pré-natal, parto e puerpério, dialogando com diversos autores e possibilitando a delimitação metodológica que este estudo irá seguir. Para isso, organizamos esta revisão em três tópicos principais, os quais apresentam a temática e compõem a proposta de estudo, a saber:

- O subsistema suplementar de atenção à saúde brasileiro;
- A atenção à mulher no Brasil: políticas públicas e modelos de atenção no setor público e no subsetor suplementar de atenção a saúde;
- As trajetórias assistenciais como ferramenta para compreensão da atenção a saúde da mulher durante a gestação, parto e puerpério

Por fim, apresentaremos a problematização do estudo, contextualizando-o no campo empírico escolhido para o trabalho e justificando sua importância na construção de um novo olhar sobre os cuidados em saúde da mulher durante a gestação, parto e puerpério, momentos marcados pelo contexto de saúde, vida e particularidade envolvidas. Assim, iniciamos a apresentação da temática e o diálogo entre diversos autores sobre o tema já delimitado.

2.1 O subsistema suplementar de atenção à saúde brasileiro

A trajetória política e econômica do país contribuiu para a construção do subsetor suplementar na assistência à saúde, o qual inicia sua atuação ainda na década de 50, fortalece-se durante a ditadura militar e ganha magnitude a partir dos anos 80 com a recessão econômica (CORDOVA,2008). Torna-se importante conhecermos como esse subsetor se organiza, de que forma ocorre a regulação da iniciativa privada e qual o modelo

de cuidado prevalente neste setor, haja vista que a saúde suplementar faz parte de um único sistema de saúde brasileiro.

A participação da iniciativa privada na assistência a saúde no Brasil é garantida na Lei 8080/90 em seu Artigo 4^a § 2^o, o qual define que *“a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde-SUS, em caráter complementar”*. As organizações privadas podem participar na oferta dos serviços de saúde quando demandadas insuficiências na disponibilidade de serviços públicos, caracterizando-se pela atuação de iniciativa própria, liberal, de pessoas jurídicas e de direito privado para promover, proteger e recuperar a saúde no país (VASCONCELOS; PASCHE, 2006; BRASIL, 1990).

A saúde suplementar brasileira organiza-se a partir de uma divisão do subsistema privado, o qual é constituído pela saúde suplementar e pelo subsetor liberal clássico. O liberal clássico é caracterizado por serviços particulares autônomos, enquanto que a saúde suplementar é constituída por serviços financiados por planos e seguros de saúde, predominantes neste subsetor, medicinas de grupo, cooperativas médicas e de autogestão, possuindo financiamento privado, subsídios públicos e gestão regulada (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008; CARVALHO; MARTIN; CORDONI Jr, 2001).

O subsetor suplementar possui como características peculiares o financiamento privado, mas com auxílio cada vez maior do setor público, gestão privada e regulada pela ANS, tendo como prestadores de assistência os serviços privados credenciados por planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas, modalidades estas que operam, respectivamente, no sistema de reembolso de despesas de acordo com as condições contratuais fixadas entre as partes e por meio de sociedades sem fins lucrativos nas quais os médicos são sócios e prestadores de seus serviços. Além dessas, ainda existe a medicina de grupo, a qual configura-se como a de maior recorrência no mercado por ser uma empresa médica que oferta e administra planos empresariais, individuais e familiares; e a autogestão, modalidade organizada por empresas públicas ou privadas que ofertam planos para seus funcionários, aposentados, pensionistas e familiares (CONASS, 2007; ANDRADE et al., 2010; CARVALHO; MARTIN; CORDONI Jr, 2001).

Por meio dessa organização estrutural, começa a observar-se um crescimento desordenado e desregulado das diversas modalidades na saúde suplementar, estimulado principalmente pela conjuntura econômica, social e política internacional vivida neste período, com reformas conservadoras que reduzem o papel do Estado nas políticas sociais e

deterioravam os serviços públicos de saúde (CONASS, 2007). Dessa forma, não poderia o SUS omitir-se de regular a qualidade, avaliar os serviços prestados pelos hospitais conveniados a rede e nem supervisionar o funcionamento dos mesmos (GERSCHMAN, 2008).

Com este crescimento desordenado surge a constatação da necessidade de regulação estatal para o setor, o que culminou com a promulgação em 1998 e 2000 das Leis 9.656 e 9.961, respectivamente, as quais dispõem sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e institui a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como órgão fiscalizador e regulador do subsistema suplementar brasileiro (CONASS, 2007). Constata-se que, mesmo que a política nacional de saúde tenha como proposta principal um sistema único e público, não pode-se ignorar a expansão do setor suplementar de saúde no Brasil (SILVA JR et al., 2008).

Percebe-se que, apesar deste setor participar do sistema de saúde de forma complementar, o mesmo tem se expandido consideravelmente, predominando as formas híbridas de prestação e organização da rede de serviços e constituindo-se em um foco permanente de tensões e questionamentos, refletindo a própria heterogeneidade estrutural do capitalismo brasileiro (BAHIA, 2005).

A ANS tende a apresentar um papel fundamental de garantia de qualidade do serviço prestado, sem a contrapartida de desgaste ao setor público, mobilizando a normatização da regulação e contribuindo para a ressignificação das relações entre o público e o privado (BAHIA, 2008). Na verdade, trata-se de refletir na capacidade de regulação do Estado dentro de um contexto de intensa disputa por investimentos públicos e tendências de privatização da oferta de serviços de saúde no país (SOUZA; BODSTEIN, 2002). Assim, a criação da ANS retirou a regulação na saúde suplementar da superintendência dos seguros privados de saúde e passa a gerir esse subsistema em uma única estrutura governamental, regulando fortemente a assistência à saúde e tendo como objetivo corrigir as distorções quanto as seleções de risco e preservando a competitividade do mercado (BAHIA; VIANA, 2002; CARVALHO; CECÍLIO, 2007).

A regulamentação surgiu na agenda política em função da grande demanda de queixas dos usuários/consumidores destes serviços e dos conflitos intensos de relacionamento entre médicos/usuários/operadoras de planos de saúde (SATO, 2007). A agência surge em meio a estes conflitos como uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde que tem por finalidade promover a *“defesa do interesse público na assistência*

suplementar á saúde”, regulando, normatizando, contornando e fiscalizando suas atividades (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008). Entretanto, as atribuições legalmente instituídas à este órgão mantêm características de uma regulação dirigida para as relações econômicas e de mercado, tais como: estabelecimento de regras contratuais, estudo e autorização de reajustes e revisões dos planos privados, registros e autorizações de serviços e prestadores e estímulo a competição no setor de planos privados de assistência a saúde, funções que não traduzem a intencionalidade constitucional ao setor saúde (NOGUEIRA, 2002).

Percebe-se que a atuação do Estado, embora importante, ainda fundamenta-se basicamente na proteção ao consumidor de um serviço de saúde, um mercado privado, o que parece ser antagônico à noção de saúde como direito de cidadania (SILVA, 2008). Desta forma, surge a necessidade da abrangência da regulamentação, com consolidação das ações no que diz respeito à interação do sistema público-privado, esclarecendo sua função social em relação ao direito de cidadania conforme descrito na Constituição Federal, fortalecendo uma política universalista e destinando um papel suplementar aos planos privados de saúde no país (OCKÉ-REIS, 2007).

A saúde suplementar, como parte de um mercado, sofre influências da dimensão econômica e financeira no seu modo de produção do cuidado. Os saberes tecnológicos utilizados pelos atores na saúde suplementar estão centrados em diversos campos, como a clínica, com destaque para o modelo médico hegemônico de atenção, com preocupação na economia em saúde, administração e na medicina baseada em evidências. Esse subsegmento comercial tem no lucro uma importante motivação de sua atividade, preocupando-se com a racionalização de custos, regulação de algumas práticas e entendendo a saúde como um negócio, no qual sua missão é a de garantir o acesso dos usuários à rede de serviços e não o gerenciamento do cuidado (BRASIL, 2005).

O modelo tecnoassistencial hegemônico caracteriza-se pela execução de projetos terapêuticos com predomínio do uso de tecnologias, na perspectiva de um cuidado multifacetado, definido pelas operadoras de assistência e não necessariamente pelo usuário (RIBEIRO et al., 2011). Cordova (2008) em seu estudo sobre trajetórias terapêuticas de mulheres no ciclo gravídico-puerperal aponta que, no subsetor suplementar de saúde, o cuidado é fragmentado e medicalizado, reforçando que a qualidade dos serviços prestados neste contexto precisa ser melhorada.

Partindo destes pressupostos, a ANS, como agência regulatória e normatizadora, inicia em 2004 o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS) buscando avaliar tanto o desempenho regulatório quanto das prestadoras de serviços, classificando e abrindo possibilidades para melhorias no modo de fazer saúde e responsabilizando as instituições pela produção dos serviços (ANS,2009). O PQSS pretendeu transformar as operadoras de planos em gestoras do cuidado, sendo um mecanismo indutor para a mudança da lógica assistencial na medida em que entende o setor de saúde suplementar como um lugar de produção de saúde e não apenas de economia de mercado (FREITAS et al., 2011).

Existe também um movimento de reestruturação produtiva em curso na saúde suplementar, o qual busca incorporar novos modelos de cuidado tais como a atenção domiciliar, a promoção da saúde e a prevenção de doenças (FRANCO; RIBEIRO, 2011). Franco e Merhy (2008) afirmam que há importantes mudanças ocorrendo nos modos de produção do cuidado, mas que ainda estão sobre influência dos marcos do modelo hegemônico e das regras neoliberais.

Nesse cenário, observa-se um esforço para substituir as práticas assistenciais vigentes centradas no ato prescritivo e na usual utilização de procedimentos, por modos de cuidados alternativos, mas a principal motivação para esta reorganização é a redução dos custos elevados provenientes do uso do modelo hegemônico, ainda regulando a vida e prescrevendo certos modos de viver (FRANCO et al., 2010). Dessa forma, a modalidade de cuidado focado na promoção e prevenção, intensificando dispositivos de normalização e recriação de novas regras, apesar de sugerir alguma mudança na produção do cuidado, não demonstra potência suficiente para uma inovação de modalidades assistenciais (MATHIAS et al; 2011)

Para pensarmos em um processo de mudança no modelo vigente na saúde suplementar, com uma reestruturação produtiva, é necessário possibilitar o diálogo entre usuários, trabalhadores de saúde e a gestão, utilizando conceitos e abordagens que ajudem a perceber a integralidade do cuidado como direcionadora deste processo (SILVA et al; 2008). Desta maneira, a reestruturação produtiva poderá refletir novos modos de cuidar, com um novo processo de trabalho e com uma configuração única de utilização das tecnologias no trabalho em saúde (MARTINS et al., 2009).

Cabe lembrar que o sistema privado, aqui representado pelo subsistema suplementar de saúde, vive os mesmos impasses e padecimentos que o sistema público

vivência em relação à predominância do modelo médico-hegemônico de prestação dos serviços, o que torna a convivência e as tensões produzidas em cada um deles, apesar de ambos possuírem propostas e diretrizes diferenciadas, um pouco mais próximas e complementares e sendo estas questões reflexos das reclamações sobre os serviços de saúde em geral (SILVA et al; 2008).

Nesta realidade configura-se um *mix* público-privado tanto de financiamento, oferta quanto de utilização desta assistência, no qual o predomínio da prestação de serviços privados introduz ao sistema novos fluxos financeiros, podendo existir relações difusas entre o papel que um mesmo prestador privado pode exercer no serviço público e na saúde suplementar. Apesar de constitucionalmente universal e integral, o sistema de saúde brasileiro tem o setor privado prestador fortemente financiado pelo Estado, o que possibilita uma desigualdade extrema tanto na oferta quanto na utilização de serviços a favor da população segurada por planos (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

Portanto, pode-se dizer que o grande problema a ser enfrentado é a cobertura duplicada do sistema, ou seja, os serviços privados que disputam com os serviços públicos de maneira quase que predatória aos interesses do coletivo e afetam a universalidade constitucional (CASTRO, 2006; SANTOS, 2011). Há sobreposição de prestadores e contratados e uma dupla porta de entrada, com o beneficiário de planos privados, sem determinada cobertura assistencial, tendo acesso facilitado aos serviços do SUS, o que determina um imbricamento dos setores público e privado (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Além disso, percebe-se que é na lacuna de serviços não contemplados de forma qualificada pelo SUS que o setor privado prospera, corroborando com a ideia de que é somente na expansão qualificada da cobertura da assistência pública que este setor irá determinar efetivamente o espaço ocupado pela iniciativa privada dentro do sistema brasileiro (CASTRO, 2006; SANTOS, 2011).

Para finalizar, é preciso referir que há uma indicação de que o *mix* público-privado nos sistemas de saúde tende a permanecer nos sistemas públicos de saúde, mas que para melhoria das relações e qualidade da atenção é preciso investir fundamentalmente no âmbito do setor público (OLIVEIRA, 2009). O enfrentamento das inequidades derivadas da duplicação da cobertura só pode ter sucesso com políticas públicas voltadas para a defesa da universalidade e integralidade do SUS, objetivando melhorias do setor público, já que este é

o escolhido pela sociedade como principal forma de acesso a proteção em saúde (SANTOS, 2011).

Para isso é preciso investir na eficiência do controle social, no fortalecimento dos conselhos de saúde e da participação dos atores sociais interessados nestes processos, no reforço a consciência do papel político das sociedades organizadas e no fomento a organização das representações de profissionais atuantes no setor e envolvidos na busca pela equidade da assistência (SANTOS; GERSCHMAN, 2004). O SUS tem que dar conta de atender a população que dele necessita, garantindo o direito e a defesa à saúde, por meio de uma gestão pública eficiente e efetiva, a qual operacionalize as políticas sociais, regule o setor privado e garanta a diminuição das desigualdades existentes no sistema de saúde brasileiro (SOUZA; BODSTEIN, 2002).

2.2 A atenção à mulher no Brasil: políticas públicas e modelos de atenção no setor público e no subsetor suplementar de atenção à saúde

Historicamente, a atenção a saúde da mulher entrou na agenda das políticas de saúde no Brasil ainda nas primeiras décadas do século XX com um enfoque específico à figura feminina voltada a maternidade e ao cuidado com o lar (MORI; COELHO; ESTRELA, 2006). Os programas tinham como estratégia a proteção aos grupos de risco, crianças e gestantes, e baseavam-se no paradigma materno-infantil no qual a mulher era vista pelo sistema de saúde como reprodutora da força de trabalho, sendo a responsável pela garantia do bem estar de recém-nascidos e crianças (SOUTO, 2008).

Na década de 1960, com a atuação do movimento feminista, descontente com o enfoque reducionista e reprodutor dado às mulheres, surgem as reivindicações sobre as desigualdades nas condições de vida e nas relações sociais entre homens e mulheres. A partir destas considerações, argumentava-se que as diferenças existentes entre os gêneros traduziam-se em problemas de saúde específicos da população feminina, fazendo-se necessária uma discussão sobre esta realidade. Iniciava-se um movimento pelo reconhecimento da condição de sujeito de direito das mulheres, exigindo-se ações que contemplassem as particularidades deste grupo populacional, com necessidades de saúde em todo seu ciclo de vida e não apenas durante a gestação e o parto (BRASIL, 2007a).

Baseando-se nestes argumentos, foi indicado que as políticas de saúde da mulher fossem elaboradas, executadas e avaliadas em uma perspectiva que priorizasse a mudança existente nas relações sociais entre homens e mulheres, com ações que contemplassem os diferentes grupos populacionais em que estivessem inseridos (BRASIL, 2007a). Para isso, cria-se em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM e no ano de 1984 o Ministério da Saúde lança o documento intitulado *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática* contendo proposições com objetivo de refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher e dirigindo as ações para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional (BRASIL, 1984).

O documento de 1984 trazia em seu conteúdo programático a temática específica relativa à assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, deixando claro um enfoque clínico e obstétrico, compreendendo apenas tópicos sobre a educação em saúde com vistas ao aleitamento materno e a anticoncepção. As ações preconizadas precisariam de uma articulação institucional e de estratégias dinâmicas que assegurassem a melhoria da qualidade da assistência, o aumento da cobertura e a capacitação das equipes (BRASIL, 1984).

Ao longo de seus primeiros 20 anos de trabalho o PAISM apresentou importantes repercussões sobre a saúde feminina, mas ainda existiam lacunas a serem revistas e necessidades que precisavam ser abordadas, tais como a mortalidade materna, a precária atenção obstétrica, a situação de risco do aborto no país, a precariedade da anticoncepção, a eminência da violência de gênero, a atenção a mulheres no climatério e a grupos de mulheres até então excluídas desta assistência (negras, índias, lésbicas entre outras) (SANTOS, 2010). Em vista disso, o Ministério da Saúde lança em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, retomando as proposições do PAISM e adequando-as as novas necessidades presentes (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007).

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, com enfoque nas ações integralizadas e humanizadas, prevê dentre seus diversos objetivos, ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, implantar uma assistência ao planejamento familiar, promover a atenção qualificada a violência de gênero, implantar a assistência a mulher idosa e no período do climatério, prevenir e controlar a ocorrência das DSTs e implementar ações em saúde voltadas para as diversas populações de mulheres excluídas socialmente (BRASIL, 2007a).

Cabe salientar neste capítulo, visto ser o tema de principal referência neste trabalho, que a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher apresenta ainda como um de seus objetivos a promoção de uma atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, planejando e implementando um programa específico com elementos estruturadores para a humanização do pré-natal e nascimento. Este programa já havia sido lançado em 2000, mas precisava de articulações mais consistentes para que fosse constituído e colocado em prática (BRASIL, 2007a).

Continuando com estas perspectivas, o Ministério da Saúde criou em junho de 2000 o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), com vistas a aprimorar esta temática contida no PAISM, já que o mesmo ainda era tão questionado quanto à qualidade da atenção prestada e o impacto real sobre a mortalidade infantil (ALMEIDA; TANAKA, 2009;). Segundo Brasil (2002)

O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

O PHPN estrutura-se no direito das mulheres ao acesso a um atendimento qualificado e humanizado, tendo assegurado o conhecimento prévio da maternidade que será atendida durante o momento do parto, bem como à assistência digna durante a gestação e o puerpério (BRASIL, 2002). O enfoque do programa são as ações com participação e protagonismo das mulheres, centrando a ideia de humanização a partir de uma atenção individualizada para cada mulher (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Em 2001 é lançado pelo MS, em parceria com a Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, o manual técnico intitulado *Parto, aborto e puerpério; assistência humanizada à mulher* (BRASIL, 2001), com o intuito de disseminar conceitos e práticas necessárias à humanização e qualificação desta assistência. Tratava-se de levantar algumas questões pertinentes tais como a assimilação pelos profissionais de novas propostas e novas experiências, a prática da medicina baseada em evidências, a mudança de atitude em relação à participação das mulheres e o reconhecimento de que as mulheres são condutoras desse processo, visto como algo fisiológico e não como doença (BRASIL, 2001).

Prosseguindo com as discussões relacionadas à promoção da atenção qualificada e humanizada a gravidez, parto e puerpério e ao combate dos altos índices de mortalidade materno e neonatal, foi lançado em 2004 o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Este pacto foi aprovado com objetivo de articular os diferentes atores sociais historicamente mobilizados na luta pela melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças e contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal do país, considerados um desafio para a sociedade brasileira (BRASIL, 2007).

A expectativa era de que o Pacto fosse implementado em todos os estados até final de 2004 e em todas as cidades do país em até dois anos, com comprometimento das três instancias governamentais de reduzir em 15% os índices de morte materna e neonatal até 2006 (BRASIL, 2004). Apesar de não ter resolvido completamente o problema, os índices melhoraram durante este período, passando a mortalidade materna de 62.659 em 2004 para 62.334 em 2006, enquanto que a mortalidade infantil e fetal passou de 54.183 em 2004 para 48.332 em 2006, reduções pequenas, mas já consideráveis (DATASUS, 2013, 2013a).

Em 2005, seguindo as orientações de humanização da assistência do PHPN é sancionada a Lei 11.108, a qual altera a Lei 8.080/90, inserindo o Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato". Fica garantido as mulheres o direito a um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e puerpério, em todos os serviços de saúde que compõem o SUS, de rede própria ou conveniada (BRASIL, 2005a). Entretanto, é preciso garantir este direito na prática, o qual muitas vezes pode não estar sendo respeitado, mas que tem no enfermeiro um aliado importante na sua efetivação (BUSANELLO et al., 2011).

Um ano depois é publicado o manual técnico *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*, com a finalidade de oferecer referência para a organização assistencial em todo país através da capacitação profissional e normalização das práticas, construindo um novo olhar sobre o processo saúde/doença, estabelecendo bases novas para o relacionamento entre os sujeitos envolvidos no cuidado e fortalecendo a cultura de respeito pelos direitos humanos. Este documento, foi elaborado para seguir os princípios da Política Nacional de Humanização – PNH - tendo como dever o acolhimento da mulher e do recém-nascido, considerando-os como sujeito de toda atenção prestada (BRASIL, 2006c).

Ainda em 2006 foi realizada a Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária, a qual se repetiu em 2008. No serviço público, onde são

atendidos cerca de 80% dos partos do país, a taxa de cesárea no ano de 2006 foi de 30%, o dobro do valor preconizado pela OMS de 15%, sendo que na Saúde Suplementar esse percentual chegou a 80% (BRASIL, 2012). No último relatório da UNICEF sobre a situação mundial da infância, o Brasil encontra-se no topo da lista quando o assunto é taxa de cesárea, estando atualmente com um percentual de 44% (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA; 2011), sendo que nos dados oficiais do país podem chegar a 80% de cesáreas na rede privada e 37% na rede pública de atenção (BEBIANO; 2013), evidenciando que este problema persiste e continua como uma meta a ser alcançada dentro dos objetivos do milênio.

Em 2007 o MS publica a Lei 11.634, a qual dispõe sobre a garantia das gestantes em conhecerem e se vincularem a maternidade na qual receberão assistência no momento de seu parto, sendo que esta vinculação deverá ser realizada já no momento de inscrição da mulher ao programa de assistência pré-natal (BRASIL, 2007a). Outras ações com objetivo de qualificar e humanizar a assistência à mulher foram realizadas, destacando-se a liberação de verbas para qualificação de profissionais que trabalham em emergências obstétricas e incentivos para maternidades que trabalhem na perspectiva da humanização do atendimento (MORETTO, 2010).

No ano de 2008, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publica a RDC nº 36, a qual regulamenta o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, estabelecendo padrões de funcionamento fundamentados na qualificação, humanização e controle de riscos (BRASIL, 2008a). Além disso, o MS define através da Portaria nº 3136 GM/MS o repasse de incentivos financeiros para os Estados, Distrito Federal e Municípios apoiarem as maternidades de referência a se adequarem aos requisitos da ambiência e humanização para atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2008).

Na iniciativa de luta pela qualificação da assistência o MS inicia em 2009 capacitações de médicos e enfermeiros de todo país com a proposta de reduzir a mortalidade materna e infantil e as complicações pós-parto. Foram oferecidos cursos baseados em parâmetros internacionais que possibilitam a assistência humanizada ao parto e ainda cursos de educação à distância para integrantes dos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil. Mais de mil profissionais foram qualificados e tornaram-se multiplicadores destes conhecimentos recebidos (BRASIL, 2009).

Neste mesmo ano o governo federal capacitou mais de 10 mil profissionais de saúde, dentre eles as parteiras, no Nordeste e na Amazônia Legal, visando a garantia de um atendimento adequado as gestantes destas localidades. Tratava-se da continuidade do Programa '*Trabalhando com Parteiras Tradicionais*', o qual preconiza a valorização e o resgate do trabalho das parteiras, articulando o nascimento domiciliar assistido aos serviços do SUS e garantindo apoio logístico para que isso aconteça (BRASIL, 2010).

Este programa foi elaborado considerando toda a diversidade socioeconômica e cultural existente no nosso país e o direito de cada mulher de gestar e parir seu filho com atenção humanizada e qualificada (CÂMARA DE DEPUTADOS, 2008). Igualmente, o que se evidencia é que o serviço das parteiras costuma ser muito individualizado e adequado as necessidades específicas das mulheres de determinada região, o que qualifica a atenção prestada (FLEISCHER, 2008).

Somente em março de 2011 o MS lança a Rede Cegonha, uma estratégia que visa organizar a rede de cuidados que assegure à mulher uma atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério; e à criança o direito ao nascimento seguro e desenvolvimento saudável. Esta estratégia sistematiza e institucionaliza um novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento, baseado no entendimento de que a gravidez e o parto não são doenças, mas sim funções fisiológicas e experiências únicas para a mulher e a família envolvida (BRASIL, 2011; CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, s/d).

Por meio de suas diretrizes de acolhimento, melhoria do acesso ao pré-natal, vinculação da gestante, garantia de boas práticas, segurança no parto e organização dos serviços enquanto uma rede de atenção à saúde, a iniciativa Rede Cegonha nasce com uma visão da intersetorialidade e fundamenta-se nos princípios da universalidade e da equidade (POIRIER, 2012; BRASIL, 2011a). Além disso, prevê a qualificação profissional e a criação de estruturas de assistência, tais como Casa da Gestante, Casa do bebê e Centros de Parto Normal, funcionando em conjunto com as maternidades (BRASIL, 2011; BRASIL, 2010).

A partir de uma nova visão sobre o modelo de atenção a gestação, parto e puerpério, e a necessidade de reorganização da rede de serviços, é lançado em 2012 o Caderno de Atenção Básica: *Atenção ao pré-natal de baixo risco*, o qual encontra-se inserido no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha. Este caderno constitui-se como uma ferramenta importante na organização do processo de trabalho, podendo contribuir para melhoria do acesso e da qualidade da assistência na atenção básica (BRASIL, 2012).

As propostas de humanização da assistência obstétrica, tanto no setor público como no setor privado, possibilitam novas maneiras de exercícios de direitos, novas formas de a mulher vivenciar sua maternidade e sua sexualidade, reinventando o parto como experiência humana, legitimando a mulher como protagonista nas decisões sobre sua saúde e contribuindo como um instrumento de mudança das práticas cotidianas (DINIZ, 2005). Para isso, os profissionais que assistem a mulher precisam compreender como as mesmas vivenciam os processos de gestação e parturição, procurando atender suas necessidades individuais, promovendo sua participação ativa e poder de escolha e atuando frente a um modelo que leve a um cuidado realmente humanizado (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011).

No entanto, ainda persistem realidades onde os profissionais de saúde, apesar de verbalizarem conhecer as práticas recomendadas para humanização do atendimento, em seu cotidiano acabam usando técnicas que contrariam as recomendações das políticas de humanização ao parto e ao nascimento (MALHEIROS et al., 2012). O que se encontra muitas vezes é uma assistência que enfoca apenas a relação com o profissional, e não o cuidado em si, sem uma identificação das necessidades das mulheres e sem a consciência da mesma sobre seus direitos (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

Essa constatação nos leva a refletir sobre como estão sendo conduzidas as ações de planejamento e organização dos serviços de saúde voltados para a atenção à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério. Como apresentado, vários programas, manuais e protocolos continuam sendo utilizados como forma de 'aperfeiçoar' a humanização da assistência obstétrica e neonatal, com objetivo principal de normatizar e unificar as ações e, assim, garantir a qualidade da assistência prestada.

O que se evidencia é uma prática ainda centralizadora e vertical das políticas e programas de saúde, onde as normatizações funcionam como instrumentos de indução política e que submetem os diferentes níveis de atenção às regras do sistema, sem basear-se em uma prática social concreta. Assim, as portarias, programas e cadernos de atenção, têm servido como instrumento de poder e normatização, reforçando o papel centralizador do Executivo federal (BAPTISTA, 2007).

O documento do PHPN (BRASIL, 2002) traz em seu arcabouço as preocupações relativas à realização de exames e número de consultas durante o pré-natal, referenciamento adequado das mulheres, desenvolvimento de condições técnicas e operacionais, financiamento do programa, indicadores de qualidade e avaliação das ações

concretas, sem contextualizar, de forma mais aprofundada, as ações em uma perspectiva histórica e social das mulheres e de suas famílias. Já o Caderno de Atenção Básica sobre a Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012), escrito baseando-se nos princípios da Rede Cegonha, enfoca basicamente procedimentos técnicos, as intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes, a identificação do alto risco e a assistência clínica ao parto e puerpério, reservando um breve espaço para as questões relativas ao acolhimento e direitos sociais e reprodutivos da mulher.

Da mesma forma, a maioria das pesquisas relacionadas à avaliação do PHPN, dedicaram-se ao enfoque sobre as questões técnicas do programa, tais como: número de consultas de pré-natal e puerperal, realização de exames obrigatórios, porcentagem de imunizações, conjunto de procedimentos assistenciais recomendados realizados e indicadores de produtividade, determinando a qualidade da assistência a partir de dados quantitativos e objetivos (SERRUYA; LAGO; CECATTY, 2004; ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Almeida e Tanaka (2009), ao estudarem a importância da inclusão da perspectiva das mulheres na avaliação do PHPN, chegaram a conclusão que o programa normatiza para todos os serviços de saúde do país os procedimentos a serem realizados durante o pré-natal e parto, bem como delimitam os fluxos a serem respeitados, os quais, em muitos momentos, destoam consideravelmente dos desejos e necessidades das mulheres, forçando-as a traçarem seus próprios fluxos de atendimento. Os autores consideram que incluir a perspectiva das mulheres pode possibilitar que determinadas normatizações sejam flexibilizadas, adequando-se as suas particularidades e respeitando as diferenças existentes entre as comunidades, podendo a escuta ser um instrumento efetivo tanto para análise quanto planejamento das ações.

Merhy, já no ano de 1994, referia que, por exemplo, um pré-natal que se organizasse programaticamente, em função de uma perspectiva formativa, não conseguiria dar conta do que evidencia-se como qualidade das ações de saúde sob a ótica de um modelo em defesa da vida. Tais questões evidenciam a importância de considerar as dimensões da integralidade e as perspectivas de gênero na formulação de políticas e programas de saúde voltados para a assistência a mulher, reconhecendo as assimetrias existentes e ampliando o olhar para outros conceitos no campo da saúde e do social (SOUTO, 2008).

Para a construção de uma política de qualificação do SUS e da assistência obstétrica e neonatal, a humanização não pode ser entendida apenas como um programa, mas sim uma

política transversal que opere em toda a rede, evitando-se o aprofundamento das relações verticais e normativas impostas pela operacionalização de ações e metas a serem cumpridas. Somente dessa forma é que o atendimento humanizado, projeto para a sociedade como um todo, pode efetivamente existir e alavancar mudanças de paradigmas e avanços no sentido da equidade como direito de cidadania.

Muitos desafios e paradoxos ainda comprometem a assistência à gestação, parto e puerpério, impedindo que o cuidado esteja voltado para os princípios preconizados pela PHPN. E, para compreendermos a existência de tantas resistências e dificuldades neste setor, precisamos reconhecer que esses paradoxos são historicamente contextualizados, firmando-se como resultado de um processo de medicalização da sociedade como um todo, fato este que fica claro quando se estuda a história da maternidade, parturição e institucionalização do parto no Brasil.

2.3 As trajetórias assistenciais como ferramenta para compreensão da atenção à saúde da mulher durante a gestação, parto e puerpério

Atualmente, vem crescendo o interesse de pesquisadores e gestores na área da saúde em conhecer e discutir como as pessoas se movimentam dentro do sistema de saúde em busca de cuidados, bem como ocorre a escolha por determinados caminhos e formas de busca pela assistência. Será que o sistema de saúde está preparado para garantir uma atenção de qualidade e voltada para as necessidades de seus usuários? A organização atual e normativa dos serviços de saúde possibilita o acesso adequado e resolutivo para cada caso?

Nas sociedades contemporâneas, apesar de a medicina tradicional deter o monopólio das soluções frente às questões de saúde, ela não se constitui como a única alternativa (LUZ, 2005; LAPLANTINE, 2004; CAMARGO JR., 2003; DUARTE GÓMEZ, 2003). Os indivíduos nas sociedades modernas costumam se deparar com uma ampla gama de possibilidades de tratamentos no momento em que apresentam alguma necessidade de saúde. Para cada caso, o sujeito pode, durante a busca por cuidado, encontrar diversas formas de resolução, envolvendo nesta escolha o seu grupo social, suas crenças e principalmente a avaliação que ele faz sobre a sua decisão (ALVES; SOUZA, 1999).

Nesse sentido, as escolhas por determinada opção de terapêutica, expressam construções subjetivas individuais e coletivas, influenciadas pelos diversos contextos e sendo determinantes para a definição das ações que constituirão o percurso em busca do cuidado (CABRAL et al., 2011). Entretanto, olhar para sequência dos recursos utilizados não significa olhar somente para os problemas biológicos e as soluções biomédicas encontradas pelos sujeitos. Significa ampliar este olhar em direção ao reconhecimento de que existem dimensões sociais e individuais, materiais e imateriais que constituem a busca pelos cuidados desejados, compreendendo necessariamente que aspectos inerentes ao cotidiano dos indivíduos contextualizam suas experiências e que estas buscas são amplamente apoiadas nas redes sociais das quais os sujeitos fazem parte (GERHARDT, 2009).

Uma ferramenta interessante quando se pensa em planejamento de serviços de saúde é o conhecimento e a compreensão sobre os caminhos percorridos pelos sujeitos na tentativa de solucionarem suas necessidades em saúde (ROTOLI; 2007). A construção complexa destes caminhos é o que denomina-se de itinerários terapêuticos, os quais podem determinar não apenas a forma de busca pelos serviços de saúde, mas também a maneira de pensar a sua organização.

Encontra-se ainda na literatura a utilização de diversos outros termos definidores de itinerários terapêuticos, tais como: processos terapêuticos, caminhos percorridos, busca por cuidados, peregrinação, trajetória biográfica e trajetórias assistenciais, os quais parecem ser utilizados como sinônimos, mas que abordam diferentes perspectivas dos itinerários (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008). No entanto, cabe neste estudo salientar a definição de trajetórias assistenciais e sua diferença em relação ao itinerário terapêutico.

Trata-se aqui dos itinerários terapêuticos e das trajetórias assistenciais vistos sobre a ótica das ciências sociais, ou seja, uma busca de cuidados que ultrapassa o sentido de cuidado do senso comum, focado em recursos ou procedimentos terapêuticos, mas sim o cuidado como uma categoria ontológica, um constructo filosófico, baseada na noção de que cuidar é um movimento de interação entre dois ou mais sujeitos interessados no alcance do bem-estar (AYRES, 2000). Não é o sentido biomédico de cuidado que nos interessa, mas sim o cuidado que vai além da técnica, o cuidado como valor e garantia de integralidade.

A partir deste entendimento, ressaltamos que, enquanto os estudos sobre os itinerários consideram a busca de cuidados em saúde em um sentido amplo e envolvendo todos os contextos dos sujeitos, as trajetórias assistenciais correspondem a sequência de recursos de cuidado e os fatos do percurso do indivíduo apenas no contato com o sistema de saúde (SILVEIRA et al., 2008). A trajetória assistencial ilustra o percurso do usuário para obter atendimento no sistema formal de serviços de saúde, configurando um desenho no qual é possível observar os serviços acessados e a sequência das buscas, evidenciando o número de instituições e seu nível de atenção para o atendimento às necessidades de saúde demandadas (GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2008; SILVA et al., 2008; COSTA et al., 2009).

Os primeiros trabalhos sobre o tema 'itinerários terapêuticos' foram elaborados em âmbito de uma concepção de comportamento do enfermo, termo criado por Mechanic e Volkart na década de 1960. Mas foi em 1978, com um trabalho realizado na África por *Janzen* que a análise interpretativa dos itinerários começou a ser influenciada fortemente por estudos sobre redes sociais, propondo diversas classificações de sistemas terapêuticos (ALVES; SOUZA, 1999).

No Brasil, vários estudos vêm sendo realizados principalmente no âmbito da saúde coletiva sobre os itinerários terapêuticos, enfocando vários contextos e procurando definir conceitos e pressupostos que conduzam estes estudos.

Para se compreender a saúde dos indivíduos e a forma como eles enfrentam as questões de saúde e doença, torna-se necessário conhecer e analisar suas práticas a partir do contexto em que elas acontecem, pois cada contexto possui características próprias, suas redes de solidariedade e seus problemas cotidianos. A abordagem dos itinerários terapêuticos implica em uma complexidade de elementos que devem ser levados em conta para que se possa compreender a relação entre as práticas, estratégias e escolhas efetuadas na procura de cuidados em saúde, demandando uma compreensão das práticas individuais e socioculturais, no seio das quais a solidariedade e a capacidade individual exercem papel fundamental nesta busca (GERHARDT, 2009).

Ao interpretar determinados processos de escolha terapêutica é necessário visualizar o sujeito como alguém que compartilha crenças, vivências e recursos práticos, adquiridos e ampliados ao longo de sua trajetória individual e coletiva (ALVES; SOUZA, 1999).

A construção de itinerários pode possibilitar apreensão de discursos e práticas que expressam diferentes lógicas através das quais os princípios da integralidade e resolutividade na atenção podem ser questionados. O itinerário comporta também como os serviços de saúde produzem e disponibilizam cuidados, podendo oferecer elementos para a eleição de indicadores de qualidade da a atenção em saúde (BELLATO;ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Alves e Souza (1999) realizaram uma importante revisão de literatura, enfocando a escolha e avaliação do tratamento e as interpretações existentes sobre o conceito de itinerário terapêutico. Para estes autores, o estudo sobre itinerários tem como objetivo principal entender os processos pelos quais os indivíduos e coletivos escolhem, avaliam e aderem às múltiplas soluções terapêuticas existentes. Fundamenta-se na evidência de que os sujeitos conseguem encontrar inúmeras maneiras de resolver suas necessidades de saúde e, através de uma avaliação antecipada, constituem um curso de ações que se sucedem e determinam a tomada de decisão (ALVES; SOUZA, 1999).

Assim, os itinerários podem ser definidos como o caminho percorrido pelo indivíduo para solução de suas necessidades de saúde diante da heterogeneidade de serviços propostos. Ao pensarmos a demanda de cuidados em saúde do ponto de vista dos sujeitos, pode-se observar que os indivíduos acabam percorrendo e utilizando diversos sistemas de cuidado, sem uma exclusividade, de acordo com as explicações dadas aos seus problemas e com a adaptação da oferta aos seus desejos e condições de vida, tornando os itinerários múltiplos, diversificados e complexos (FERREIRA; SANTO, 2012; GERHARDT,2009).

A busca por cuidados, quando refletida a partir das dimensões subjetivas, contribui de diversas formas, proporcionando a reflexão sobre os determinantes sociais do cuidado, ampliando a compreensão dos processos saúde-doença-cuidado; de forma que incorporem as dimensões individuais e coletivas, materiais e imateriais, condições e situações em uma relação mais horizontal; e contribuindo para que as ações sejam pensadas e redefinidas levando-se em conta as escolhas dos indivíduos (GERHARDT; RIQUELMO; ROTOLI, 2009).

Dentro deste mesmo contexto, Langdon (1994) define os itinerários como uma sequência de decisões e negociações entre indivíduos e grupos, os quais interpretam suas necessidades e escolhem uma terapia mais adequada para cada caso, incluindo tanto o

percurso durante a busca quanto as avaliações dos resultados obtidos. Helman (2003) denomina os itinerários de cuidado como redes terapêuticas, onde as pessoas que sofrem de algum problema de saúde ou necessitam de auxílio para questões envolvendo sua saúde, procuram soluções através de mecanismos próprios ou com auxílio de outras pessoas.

No Brasil, apesar da potencialidade desta temática, os estudos sobre itinerários terapêuticos ainda não embasam as políticas de planejamento e organização das ações em saúde, persistindo a opção em descrever os itinerários relacionando-os apenas ao trânsito dos indivíduos nas instituições oficiais de saúde, considerando-o como um caminhar dos sujeitos pelos serviços de saúde médicos tradicionais (PINHO; PEREIRA, 2012; CABRAL et al., 2011). Vários estudos utilizando o itinerário terapêutico como ferramenta de análise já foram realizados, abordando diversos enfoques, tais como: doença pulmonar obstrutiva crônica (SILVA; SOUZA; MEIRELES, 2004); diabetes mellitus (SILVA, 2006); acesso a medicamentos (LEITE; MAFRA, 2010); LER/DORT (NEVES; NUNES, 2010); saúde mental (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008); cuidado pré-natal (ALBUQUERQUE et al., 2011) entre outros.

A ideia de itinerário terapêutico remete a um processo de eventos sucessivos que formam uma unidade, uma ação humana que determina um curso de ações, envolvendo os diversos subsistemas de atenção, as redes de apoio, as negociações pelo cuidado e as bases culturais dos sujeitos (BELLATO et al., 2009). Já as trajetórias assistenciais estão centradas na busca, produção e gerenciamento do cuidado em um trajeto do indivíduo pelos sistemas formais de saúde, sendo uma ferramenta importante para a compreensão das reais necessidades dos pacientes e fornecendo subsídios para uma adequada organização dos serviços (GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2008).

Cabe salientar que não se pode considerar nem os itinerários e nem as trajetórias assistenciais, como planos esquematizados e pré-determinados, visto que é somente no curso da ação que o indivíduo interpreta sua escolha, avalia e determina se ela foi ou não a mais adequada para a sua aflição (ALVES; SOUZA, 1999). As estratégias diversas são construídas por meio das experiências e situações biográficas diferenciadas, não havendo um único modelo de itinerário e nem de trajetória assistenciais (FERREIRA; SANTO, 2012).

Cada uma destas escolhas possui vantagens e desvantagens e costumam ser escolhidas a partir de sua disponibilidade e do que pode ser culturalmente aceito pelo

indivíduo e seus grupos (GERHARDT, 2006). As mudanças nestas trajetórias são frequentes e definidas por avaliações de eficácia e da exequibilidade de cada tratamento ou cuidado escolhido. Não há linearidade nos percursos, mas sim uma mescla de diferentes experiências e conhecimentos produzidos pela negociação ao longo das trajetórias de cada indivíduo em seus contextos de relações (SILVA; SOUZA; MEIRELES, 2004).

Ao tratar-se das múltiplas alternativas que regem a busca e a escolha por determinado cuidado em saúde, podem-se identificar algumas das lógicas que regem estas opções e caminhos, tais como os aspectos individuais, as representações socioculturais, as condições socioeconômicas e as estruturas organizacionais de acesso aos serviços, estando cada escolha relacionada diretamente em função das situações e das explicações culturalmente aceitas (FERREIRA; SANTO, 2012). Estas múltiplas determinações já haviam sido trabalhadas por Gerhardt (2006; 2008), quando a autora evidencia que os indivíduos constroem suas estratégias de acordo com suas capacidades, suas histórias de vida e suas experiências individuais, manifestando o pluralismo terapêutico através de diversas variáveis, tais como características dos sujeitos, fatores de predisposição, características dos problemas de saúde e de sua percepção, modelos explicativos da doença e características do sistema de saúde.

O movimento das pessoas e das famílias evidenciam o modo como estes reconstróem os fluxos pré-determinados do SUS, através de suas próprias trajetórias e a partir de seus conhecimentos, constituindo movimentos invisíveis e, às vezes, indesejados ao sistema (BELLATO et al., 2009). Dessa maneira, as lógicas de demanda e de oferta muitas vezes são distintas, o que ocasiona tensões entre o que os usuários necessitam e o acesso que lhes é permitido (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Roese e Gerhardt (2008), ao estudarem a utilização dos serviços de saúde de médica complexidade na Metade Sul do estado do RS, concluíram que as políticas públicas atuais precisam atentar para a mobilidade dos usuários, estando em consonância com as trajetórias, motivos e fluxos das pessoas no sistema de saúde, o que permitiria a este sistema uma racionalidade mais próxima das necessidades individuais e coletivas. Portanto, a análise das trajetórias possibilita o mapeamento da resolutividade focalizada, captando o movimento dessas pessoas na rede hierarquizada e normativa do SUS e o modo como os

estrangulamentos desta rede, os quais impedem os fluxos e prejudicam a integralidade, possam ser redesenhados (ARAUJO; BELLATO; HILLER, 2009).

Trata-se de colocar o usuário como foco da atenção, olhá-lo como sujeito ativo e que desenha uma lógica singular de utilização dos serviços de saúde, deslocando a visão dos gestores e transformando as trajetórias assistenciais em uma importante ferramenta para analisar o fluxo e avaliar a resolutividade do sistema (BONET et al., 2009). Partindo do usuário, estas análises podem demonstrar o processo de trabalho das equipes, o funcionamento da rede, o acesso às opções terapêuticas, os vínculos formados, o papel das redes de apoio social e a qualidade das respostas às demandas, transformando-se em uma tecnologia avaliativa centrada no usuário e fornecendo os aportes para a compreensão dos limites dos modelos biomédicos (SILVA et al., 2008).

Partindo destas concepções, neste estudo, optamos por estudar as trajetórias assistenciais, pois acreditamos que as mesmas podem auxiliar a subsidiar a escolha de estratégias adequadas e qualificadas que garantam o acesso aos serviços, a qualidade da atenção e o cuidado integral em momento oportuno e de forma contínua, visto que nem sempre os caminhos percorridos pelas pessoas coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados pelo sistema (CABRAL et al., 2011).

No caso específico dos processos de gestação, parto e nascimento, o que se percebe é que a atenção continua sendo organizada de forma bastante parecida com os serviços de assistência relacionados aos processos de adoecimento, com referências e contra-referências construídas por uma organização geral do sistema de saúde. As trajetórias das mulheres durante este período são marcadas pela condução biomédica, com priorização de procedimentos técnicos em detrimento dos espaços de escuta e acolhimento e com redução de suas participações nos processos decisórios, tendo a cesariana como desfecho esperado e frequente (CORDOVA, 2008; LEÃO et al., 2013).

Cordova (2008) ao utilizar as trajetórias assistenciais em sua dissertação de mestrado, estudando-as durante o pré-natal e o parto de usuárias do subsetor suplementar, concluiu que esta abordagem é uma tecnologia avaliativa extremamente viável, pois auxilia a pensar na prática da integralidade e no indivíduo como sujeito em seu processo de cuidado e não como apenas objeto de práticas e prescrições. O uso das trajetórias possibilitaria um

reconhecimento não só do modo de andar das mulheres dentro do sistema formal, mas também uma compreensão maior do que estas mulheres desejam como cuidado e dos modelos de atenção que valorizam e buscam de forma mais contínua, seja no setor público ou no subsetor suplementar.

Trata-se, portanto, de possibilitar momentos de escuta e de liberdade às escolhas das mulheres e famílias, respeitando estas escolhas e reconhecendo que os caminhos pelos quais elas percorreram para chegar até o serviço de saúde foram planejados, avaliados e escolhidos com uma lógica própria e fortemente carregada das experiências individuais e coletivas. Conhecer estes caminhos nos leva a entender muito mais do que a forma pela qual elas chegaram até os serviços de saúde, mas principalmente a lógica de cuidado desejada e o entendimento de saúde que conduziu a esta busca. Obviamente sempre demarcado pela cultura que as cercam.

2.4 Problematizando o tema em estudo: as representações culturais sobre a gestação e o parto e as trajetórias assistenciais das mulheres no subsistema suplementar de saúde

Início a problematização do tema em estudo apresentando o contexto da assistência obstétrica no país e no Rio Grande do Sul, a partir de informações presentes no site do DATASUS, traçando um perfil da assistência nesta área e fazendo amarrações possíveis com a temática em estudo. Para isso, trago informações referentes às internações hospitalares em obstetrícia no SUS e na Saúde Suplementar, dados sobre os nascimentos e óbitos infantis, óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos por causas especificamente relacionadas à gravidez, o parto e puerpério.

A partir destes contextos pretendo problematizar a temática do cuidado às mulheres durante a experiência da maternidade e do nascimento e apresentar o marco teórico conceitual definido para este estudo, realizando amarrações conceituais que possibilitem a formulação de questionamentos desafiadores e norteadores dos caminhos metodológicos a serem seguidos nesta pesquisa.

Informações fornecidas pelo DATASUS, a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), revelam que, no período de maio de 2012 a maio de 2013,

mais de dois milhões e duzentas mil internações hospitalares no SUS foram obstétricas, sendo que na Região Sul houve um total de 261.789 internações por motivos relacionados à gestação, parto ou nascimento. Se considerarmos o primeiro dado de internações presentes no sistema, o qual se refere a janeiro de 2008, e o último, o qual se refere a maio de 2013, pode-se verificar que houve um aumento considerável no número de internações hospitalares por causas obstétricas tanto no país como na Região Sul.

No Rio Grande do Sul o total de internações por estes motivos no mesmo período de tempo foi de 93.941, sendo que destas cerca de 30% referem-se a internações no subsetor público, enquanto que 70% referem-se a internações por motivos associados à gestação, parto ou puerpério no setor privado. Este fato alerta para um número bastante elevado e diferenciado de internações por motivos obstétricos no subsetor privado ou suplementar, nos levando a pensar que existem muitos brasileiros nascendo no setor privado de assistência à saúde, o qual, reconhecidamente já discutido na literatura, prioriza o nascimento por via cirúrgica e as intervenções excessivas ao parto, enfocando um cuidado centrado no modelo biomédico e nas tecnologias duras.

Por outro lado, apesar do aumento de internações hospitalares por causas obstétricas no Brasil, durante o período de 2003 a 2010, houve uma redução no total de nascimentos, sendo que tanto a Região Sul quanto o nosso estado acompanharam esta tendência. Do total de nascidos vivos no Brasil no ano de 2003 cerca de 60% tiveram como via de nascimento a vaginal, enquanto que cerca de 40% nasceram por cesarianas. Em 2010, ano das últimas informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do total de nascimentos no país, cerca de 53% nasceram por cesariana, enquanto que 47% tiveram como via de parto a vaginal.

Além disso, de 2003 a 2010, ocorreu um aumento nos óbitos de mulheres em idade fértil indicadas pelo Capítulo XV da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), o qual trata de causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério. No Rio Grande do Sul, neste mesmo período, não houve mudança considerável nos números de óbitos de mulheres em relação ao mesmo Capítulo do CID 10, sendo que quando observadas somente as mortes

maternas por causas obstétricas diretas¹ houve uma redução do número de óbitos mais acentuada (DATASUS, 2013).

Apresentando dados do SIM, cabe ressaltar que, em relação aos óbitos infantis, houve uma redução de mais de 30% no número destes óbitos no período de 2003 a 2010 no país, sendo que o RS acompanhou esta tendência apresentando uma redução de 38% nos óbitos de crianças. Dado relevante também é que, neste mesmo período, houve uma redução considerável de 7.859 óbitos em crianças nascidas de parto vaginal no Brasil, enquanto que ocorreu um aumento de 1586 mortes de crianças nascidas por via cirúrgica.

E, se formos considerar apenas a mortalidade de mulheres e crianças atendidas na Saúde Suplementar, podemos identificar informações relevantes. De acordo com o Sistema de Informações da Saúde Suplementar (ANS-TABNET), a mortalidade de mulheres com causas específicas do Capítulo XV do CID 10 em beneficiárias de planos de saúde ou convênios, de 2004 a 2009, período em que os dados estão disponíveis, aumentou de 78 para 134 óbitos no país. Em relação ao número de óbitos em menores de um ano de idade assistidos pela Saúde Suplementar, também ocorreu um aumento de 1.016 óbitos de crianças em 2004 para 1.252 óbitos em 2009.

Ao considerarmos os números absolutos apresentados, podemos argumentar que as mudanças são pequenas ou não significativas. Entretanto, se observarmos que houve, dentro deste mesmo período de tempo, um incremento considerável das internações hospitalares em obstetrícia no setor privado e que, especialmente este setor é reconhecido pelas altas taxas de cesariana realizadas, podemos inferir que, possivelmente, o responsável por esta inversão na maneira de nascer no Brasil seria o setor privado ou suplementar de atenção à saúde. Ainda, se as crianças estão nascendo mais por cesarianas, com

¹ São consideradas causas obstétricas diretas, de acordo com a Nota Técnica explicativa deste item no DATASUS, as seguintes categorias do CID 10: O00-O08, O11-O23, O24.4, O92, A34, D39.2, E23.0, F53, M83.0 e O26, as quais se referem respectivamente a: Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta, gravidez ectópica, outras formas de gravidez ectópica, infecções do trato geniturinário na gravidez, diabetes mellitus que surge durante a gravidez, outras afecções da mama e da lactação associadas ao parto, tétano obstétrico, neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido da placenta, hipopituitarismo, transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério e não classificados em outra parte, osteomalácia puerperal e assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente à gravidez.

intervenções que comprovadamente podem acarretar complicações às mulheres e aos recém-nascidos, este fato pode também estar influenciando não na taxa geral de mortalidade infantil, pois a mesma vem sendo reduzida no país, mas sim possibilitando uma morbimortalidade aumentada às mulheres e crianças, principalmente as que vêm sendo atendidas no setor privado e suplementar de saúde.

Estes fatos, refletidos nunca isolados de um contexto social e cultural, impulsionou nosso olhar não somente para o que está sendo feito no setor público, mas também pela forma com a qual o cuidado a mulher, recém-nascido e famílias vem sendo pensado, planejado e realizado na assistência suplementar. Pensados, reinventados e, principalmente, **representados**, em seu sentido individual e coletivo, ou seja, uma representação construída no e pelo meio social e cultural em que esta mulher vive, na sua realidade interior e exterior. Isso porquê, como diria Minayo (1999), tanto a saúde quanto a doença são questões humanas existenciais compartilhadas, exprimindo sempre uma relação que perpassa o corpo individual e social e caracterizando-se como fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente.

Com o propósito de orientar teoricamente nossas práticas metodológicas e vislumbrando a perspectiva das representações frente ao tema proposto neste estudo, surge em nosso campo empírico o estudo das representações enquanto constructos culturais. Isso porquê é a cultura o lugar onde se articulam conflitos e concessões, transformam-se e recriam-se tradições, onde as coisas ganham sentido e, principalmente, onde abrange-se com objetividade *“a espessura que tem a vida”* (MINAYO, 1999).

Neste estudo, nosso enfoque frente as representações será na utilização das mesmas como um instrumento fundamental para a compreensão e interpretação de como é pensada e concebida a maternidade em seus processos específicos de gestação e parto, ou seja, na compreensão de como a **cultura** destas mulheres e do seu contexto social influenciam suas concepções individuais (e coletivas) sobre estes processos.

Afinal, uma mulher não engravida sozinha, trata-se de uma situação compartilhada com sua família ou grupo social ao qual pertence, destacando-se que é por meio da cultura que esta mulher expressa suas necessidades, seus valores, seus saberes, suas crenças e sua visão de mundo (ISERHARD et al., 2009). Como diria Helman (2003), este é um momento em

que a mulher encontra-se em um processo de transição cultural, deixando de ser *'apenas mulher'* para ser *'mãe'*, e neste período deve ser protegida de qualquer dano através da observância de rituais e comportamentos, enraizados em uma sociedade culturalmente patriarcal, até *"renascer para o seu novo status social"*.

Frente a isso serão feitas amarrações conceituais entre a maternidade e a cultura, a partir do conceito de interpretação da cultura de **Clifford Geertz**, buscando indagar o que a cultura vêem (*re*)apresentando e transmitindo, a partir de comportamentos e ações simbólicas carregadas de condutas padronizadas, sobre concepções de gestação e parto subordinadas ao modelo biomédico medicalizante e modelador de mulheres tuteladas.

Para Geertz (2008) a cultura é visualizada como um sistema entrelaçado de signos que podem ser interpretados, dentro do qual o homem consegue enxergar o mundo ao mesmo tempo em que se encontra preso a ele. A cultura pode ser tratada de acordo com os símbolos básicos em torno dos quais ela é organizada, os princípios ideológicos que a fundamentam e as estruturas subordinadas das quais ela é expressão superficial, sendo articulada fundamentalmente pelas ações e comportamentos sociais.

A cultura é entendida basicamente por seu caráter simbólico, uma espécie de código compartilhado por determinado grupo, um conjunto de regras que orienta e dá significados às práticas e às visões de mundo de determinado grupo social (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Igualmente, pode ser entendida como um conjunto de elementos que mediam e qualificam as atividades físicas e mentais, elementos estes sobre os quais os sujeitos constroem e reconstroem significados para as suas ações e relações, sustentando normas, práticas, valores, símbolos e modelos sociais vigentes (LANGDON, 2001).

Assim, os sistemas culturais possuem uma coerência, nos auxiliando no acesso ao mundo conceitual dos sujeitos de forma a podermos conversar mais amplamente com os mesmos, podendo analisarmos o discurso social e investigarmos a importância não aparente do que lhes cerca (GEERTZ, 2008).

Estudar a cultura é interpretar o significado das ações sociais particulares para os atores cujas estas ações irão afirmar-se, o que este conhecimento demonstra sobre a sociedade ou grupo no qual ele é transmitido e, principalmente, sobre como ele influencia

na vida social, no ato e nos discursos dos sujeitos. As formas de sociedade são a substância da cultura, a qual acaba exercendo um conjunto de mecanismos de controle que governam o comportamento dos sujeitos, tornando-os dependentes destes programas culturais para ordenar suas ações (GEERTZ, 2008).

Esta perspectiva de cultura inicia-se com o pressuposto fundamental de que o homem é tanto um ser individual quanto social e público, no qual os pensamentos, palavras e ações não são afastados de sua realidade, mas ele os encontra na comunidade que o cerca, com o propósito de auto orientar-se através de saberes pré-existentes e já experimentados (GEERTZ, 2008).

Nesse sentido, a cultura não é apenas um ornamento da existência dos sujeitos, mas uma condição existencial para ela, fornecendo o vínculo entre o que os homens são capazes de se tornar e o que eles realmente se tornam. Portanto, “tornar-se humano é tornar-se individual, e nós nos tornamos individuais sob a direção dos padrões culturais, sistemas de significados criados historicamente em termos dos quais damos forma, ordem, objetivo e direção às nossas vidas.” (GEERTZ, 2008). Este *sujeito-humano* cria e recria sua cultura, simbolizando suas vivências e constituindo representações com elementos conscientes e inconscientes, individuais e coletivos que transformam e constroem seus entendimentos sobre saúde e doença (MINAYO, 1994).

Os sujeitos sendo como são, não poderiam constituir-se independentes da cultura, sendo mental e socialmente inviáveis. É através destes controles culturais, expressos por meio dos tabus, crenças, racionalizações e homogeneização de comportamentos, que assegura-se a disponibilidade de tipos variados de experiências sensoriais que sustentam seus atos. O que ocorre é que os sujeitos e suas ações não orientam-se sem modelos simbólicos, necessitando de imagens públicas já conhecidas e conduzindo-se em termos de materiais objetivos da cultura comum (GEERTZ, 2008).

Para Geertz (2008) não apenas as imagens e as ideias são constituintes da cultura, mas também as emoções são para os sujeitos artefatos culturais, visto o indivíduo ser tanto racional quanto emocional, necessitando de determinados arranjos culturais (tabus, crenças, racionalidades) que os conduzam a uma estabilidade afetiva, sustentando e conduzindo as suas ações. E, partindo para a temática deste estudo, não há talvez evento mais

contextualizado pela emoção e pela racionalidade do que a maternidade e seus processos de gestar e parir na sociedade moderna.

Nesta abordagem da cultura como um constructo social e culturalmente engendrado, em relação à temática deste estudo, podemos realizar diversas aproximações entre a experiência da gestação, parto e puerpério e as representações que determinam posicionamentos e atitudes, formulam conceitos e modelam as ações em saúde buscadas pelas mulheres durante este período. São estas representações, carregadas da cultura que as cercam, que podem influenciar, mesmo que de forma inconsciente, no entendimento que a mulher possui sobre o que é gestar e como parir e sobre qual o melhor nascer para seus filhos, seja no sistema público ou na saúde suplementar.

O gestar e o nascer, em nossa sociedade, sempre foi cercado de imagens, conceitos e valores culturalmente produzidos, simbolicamente legitimados e socialmente compartilhados. São imagens, palavras, tradições, comunicações e, mais atualmente, discussões na mídia, que compartilhadas pelos grupos, regem as condutas desejáveis e admitidas. O que as mulheres ouvem, discutem, veem e sentem durante os caminhos que elas percorrem na gestação e no parto, de algum modo, é sobrecarregado de símbolos e sentidos invisíveis, provisoriamente inacessíveis, até que elas vivenciem todo este processo.

A partir dos dados apresentados sobre a realidade da atenção obstétrica à mulher no Brasil cabe-nos enfatizar a necessidade urgente de pesquisa sobre o modelamento do campo biomédico tanto no âmbito da atenção obstétrica à mulher no subsistema suplementar de saúde. Isto porque a problemática do número excessivo de cesarianas, a emergente luta pela humanização dos cuidados, a busca pela garantia dos direitos de cidadania e autonomia das mulheres traz para o foco da atenção como estes cuidados (ou *descuidados*) estão sendo pensados, engendrados, **reapresentados** e legitimados na cultura da sociedade moderna.

Surge então a reflexão de como estas representações, por meio de todos os aspectos que as constroem como sociais e coletivas, mas também como determinantes de comportamentos e condutas individuais, podem estar modulando a construção das trajetórias assistenciais das mulheres durante a busca por cuidados no ciclo gravídico-puerperal. Reforço a afirmativa de que, no caso específico da atenção a gestação, parto e

puerpério, o uso das trajetórias possibilitaria um reconhecimento não só do modo de andar das mulheres dentro do sistema formal, mas uma compreensão maior do que elas desejam como cuidado e os modelos de atenção que valorizam e buscam de forma mais contínua.

Frente às considerações dos autores acerca das relações entre cultura e representações, cria-se o interesse em aprofundar e contribuir com o debate sobre como estes conceitos entrelaçam-se na construção de concepções, sentimentos, valores e atitudes frente aos processos de gestação e parto em mulheres atendidas pelos serviços de atenção obstétrica na Saúde Suplementar. Delimita-se e constrói-se a tese que guiou os caminhos a serem percorridos durante este estudo e que orientou a autora até a concretização dos objetivos propostos.

Cabe ressaltar que, tanto no setor público quanto no privado/suplementar, o modelo medicalizante de assistência continua predominando como uma força moduladora de opiniões condutas e ações. No entanto, o que se pode inferir é que esta força, moduladora de representações sociais, delimita e demarca caminhos medicalizantes da vida de maneira mais acentuada no subsetor suplementar de saúde, o qual responde pelos mais altos índices de intervenções desnecessárias e cesarianas sem indicação efetiva.

Neste subsetor “vende-se” a ideia e cria-se a crença de que quanto mais intervenção e controle médico, quanto mais medicalização no momento do parto e quanto menor a dor, mais humanizada será a assistência prestada, mais segurança haverá e mais acolhida será a mulher, todavia sem levar em conta sua autonomia e seu poder de escolha. Como diria Vieira (2003), trata-se da construção da mulher civilizada, a qual afasta-se de sua fisiologia, afasta a função do parto e entrega-se ao progresso medicalizado.

E estas representações são de tal forma trabalhadas no íntimo feminino e familiar durante a gestação que, independente se as mulheres desejavam ou não isto inicialmente, possivelmente esta será a assistência desejada ao final, este será o cuidado que será vislumbrado como objetivo e serão estas condutas, muitas vezes geradoras do risco, as mais solicitadas e consumidas, sendo classificadas pelas próprias mulheres como as mais qualificadas e humanizadas. Nesse sentido, acredita-se que as atuais formas de relação entre profissionais, usuárias e serviços, em ambos os setores, mas principalmente na saúde

suplementar, tencionam saberes distintos, modulando as representações que levam a trajetórias assistenciais fragmentadas e cuidados despersonalizados e não acolhedores.

Por meio das representações culturais engendradas nestas trajetórias são acionados, por parte dos profissionais, elementos que possibilitam a construção de uma incompetência feminina para lidar com o processo de gestação, como se este fato não fosse algo fisiológico ao corpo da mulher, como se estar grávida fosse mais uma condição patológica e necessitasse de todo cuidado tecnológico, intervencionista e medicalizante para que ocorresse de forma “saudável” e “segura”. Helmam (2003) já referia sobre este ser um dos valores mais básicos da sociedade moderna transmitida por meio dos cuidados obstétricos, ou seja, a impotência feminina em face do sistema patriarcal biomédico vigente faz com que as mulheres necessitem da Medicina e da intervenção para corrigir as deficiências de seu corpo e controlar seus processos biológicos no momento do nascimento. Igualmente, constrói-se a dependência da intervenção profissional nas etapas do caminho percorrido pelas mulheres durante a experiência de gestar e parir, o que, por sua vez reforça a representação social da maternidade como doença.

Como se observa, trata-se de um círculo contínuo entre o que se representa inicialmente e o que é (*re*)apresentado no final do processo de gestar e parir, por meio de uma modulação destas representações em prol de um modelo de assistência centralizador, medicalizante e tutelar. E assim, em um círculo engendrado pelo saber biomédico, cria-se o que Chammé (2000) define como a ‘cultura da doença’, a qual invade o espaço da maternidade de tal forma que acaba por determinar a ‘cultura de uma maternidade adoecida’, necessitando da figura biomédica centralizadora, interventora, mas legitimada cultural e socialmente.

A partir destas concepções, das fontes de informação, dos discursos individuais e dos caminhos percorridos pelas mulheres durante a gestação até o puerpério pretende-se tratar da constituição desta temática como objeto social, o qual constrói e reconstrói as práticas de cuidado (ou de não cuidado) em obstetrícia. Práticas estas carregadas de significados oriundos da cultura dos sujeitos que as vivenciam, ou seja, da cultura que cerca, incide, protege e acolhe a mulher e o nascer da forma mais fisiológica possível.

3 AS TRAJETÓRIAS METODOLÓGICAS

3.1 Abordagem do estudo

A escolha de uma trajetória para as nossas investigações não ocorre aleatoriamente, dependendo tanto do objeto que pretendemos pesquisar, quanto do enfoque ou do lugar em que desejamos abordar o mesmo, o que pode possibilitar uma abertura de conhecimento e uma aproximação com o contexto de estudo (DALMOLLIN; LOPES; VASCONCELOS, 2002). Partindo desta concepção e com interesse em me aproximar do contexto em que as mulheres vivenciam suas experiências de gestar, parir e cuidar de seus filhos, considerando os objetivos propostos, realizei um estudo qualitativo do tipo etnográfico.

No campo da saúde a investigação exige mais do que um saber técnico e biomédico e de uma evidência científica, já que estes diversos saberes não são suficientes para gerar conhecimentos, daí o lugar privilegiado da pesquisa qualitativa nesse campo (SILVA; MENDES; NAKAMURA, 2012). Isso porque acreditamos que tratar de um fenômeno tão complexo como os processos de saúde e doença somente com instrumentos biomédicos constitui uma distorção frente ao social e uma falta importante no contexto e realidade a serem estudados (MINAYO, 1999).

Por conseguinte, em uma pesquisa qualitativa o *significado* é o conceito central para análise, sendo que este, juntamente com a *intencionalidade*, são intrínsecos aos atos, às relações e às estruturas sociais. Este tipo de pesquisa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão das dinâmicas e relações sociais (MINAYO, 2001).

Para imergir na pesquisa qualitativa optei por utilizar o método etnográfico, à luz das concepções de Geertz (2008), o qual assim descreve o fazer do etnógrafo:

O que o etnógrafo enfrenta, de fato – a não ser quando (como deve fazer, naturalmente) está seguindo as rotinas mais automatizadas de coletar dados – é uma multiplicidade de estruturas conceptuais complexas, muitas delas sobrepostas e amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e implícitas, e que ele tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar.

Para Geertz (2008) é preciso descobrir quem as pessoas são, o que elas pensam e o que estão fazendo, sendo necessário para isso adquirir familiaridade com estes sujeitos, aprendendo a viver com eles mesmo sendo de um outro contexto. Enfatiza que não é necessário e nem possível querer sentir o que os sujeitos sentem nem tentar transformar-se neles.

Dessa forma, a abordagem etnográfica constrói-se com base na ideia de que os comportamentos somente podem ser compreendidos e apreendidos se tomarmos como referência o contexto social em que eles ocorrem, procurando-se o significado destas práticas para aqueles que as vivenciam. Logo, este método possibilita a compreensão das práticas culturais de determinados contextos sociais, estabelecendo relações entre fenômenos distintos e determinadas visões de mundo (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

3.2 Cenário e contexto do estudo

3.2.1 Porto Alegre e a saúde suplementar

Este estudo foi desenvolvido no município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, o qual consta com uma população total de 1.409.351 habitantes, sendo destas 53,61% mulheres (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2013). Este município é dividido a partir de duas concepções: as Regiões de Gestão do Planejamento (GP), em um total de oito, e Regiões do Orçamento Participativo (OP), totalizando dezessete.

A escolha por desenvolver a pesquisa neste cenário se deu pelas suas características em relação a saúde materno-infantil, a qual apresenta uma relação intrínseca entre melhores números de consultas de pré-natal (ou seja, maiores intervenções) e maiores chances de realização de partos operatórios; relação esta que ocorre nos bairros de melhores condições socioeconômicas e que, possivelmente, apresentam um uso crescente dos serviços oferecidos pela saúde suplementar no setor obstétrico. Discutiremos este aspecto mais adiante.

3.2.2 Os modos de andar a vida das mulheres

Cabe deixar claro que, por se tratar de uma etnografia, o cenário de estudo foi o contexto de vida das mulheres atendidas pela saúde suplementar, os locais que ela

vivenciou os processos de gestação, parto e puerpério, sua casa, comunidade, bairro, família, rede social, entre outros, tendo como pano de fundo o município de Porto Alegre e suas características regionais e locais.

Sobre isso, Angrosino (2009) refere que o fazer etnográfico é uma maneira de estudar não indivíduos, mas coletivos, pessoas em seus grupos, comunidades e sociedades, possibilitando ao investigador compreender as práticas dos sujeitos dentro de seu contexto. Para Dalmolin; Vasconcellos (2008) escolher esta proposta metodológica é vivenciar “de perto e de dentro”, a partir de seus locais de vida, sendo possível a compreensão das dinâmicas locais, dos trajetos, arranjos e fluxos que emergem no cotidiano das famílias e comunidades.

Nessa pesquisa circulei por entre as vivências das mulheres em situação de gestação, parto e puerpério, estive junto das mesmas, caminhei em suas trajetórias assistenciais, o que me permitiu visualizar, por meio do olhar da mulher, as culturas que a envolvem durante as expectativas pela maternidade. Dessa forma, estive também “perto e dentro” de seu contexto, imergindo no campo a fim de obter um retrato mais próximo de sua realidade.

3.3 Participantes do estudo: as mulheres e as vivências com a maternidade

O estudo foi composto por oito mulheres, com idades entre 22 e 41 anos, gestantes, residentes em Porto Alegre, RS, que realizaram seu pré-natal no subsetor de saúde suplementar, ou seja, em serviços de atenção pré-natal financiados por planos e seguros de saúde, medicinas de grupo, cooperativas médicas ou de autogestão.

Na escolha das participantes foram consideradas algumas características fundamentais a fim de contemplar tanto a heterogeneidade social possível, quanto uma coerência com o tipo de cobertura de saúde suplementar utilizada. Isso para que pudesse apreender diversas trajetórias, dinâmicas de assistência e a complexidade dos distintos contextos de vida, sendo estas características: mulheres, gestantes, com idade gestacional acima de 28 semanas de gestação, que já haviam realizado pelo menos quatro consultas de pré-natal e que estavam realizando pré-natal por algum tipo de assistência da saúde suplementar.

A escolha por mulheres com idade gestacional igual ou acima de 28 semanas de gestação se deu devido ao fato de que, no segundo trimestre gestacional, as mesmas possivelmente já haviam vivenciado trajetórias assistenciais diversas durante seu pré-natal, possuindo uma experiência com a maternidade adquirida por meio da cultura que as cercam.

Em relação ao número de participantes cabe ressaltar que, numa abordagem qualitativa preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão dos fatos. Seu critério não é numérico, considerando-se como amostra ideal aquela que reflete a totalidade dos fatos, contextos e grupos em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 1999). Portanto, utilizei o critério de saturação dos dados para fechamento amostral, o qual é definido pela suspensão da inclusão de novos sujeitos quando os dados obtidos apresentam repetição ou redundância, sendo que as informações recebidas por novos participantes não contribuem mais para a apreensão do empírico (THIRY-CHERQUES, 2009; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; MINAYO, 1999).

Destaco abaixo as individualidades e as histórias das mulheres que caracterizaram as trajetórias vivenciadas neste estudo.

Quadro 1 – Representando as mulheres participantes da pesquisa

As mulheres	Suas histórias
<p>Diana (Princesa de Gales)</p> 	<p>Diana, 30 anos, casada, grávida de seu primeiro filho, graduada em Enfermagem, trabalha em um hospital público e cursa uma pós-graduação. Mora com o marido em um apartamento próprio na zona norte de Porto Alegre. É a filha mais nova, possui dois irmãos, nasceu por cesariana para que sua mãe pudesse fazer laqueadura. Apoiada pela família, planeja seu parto natural hospitalar, acompanhada do obstetra de sua confiança. Entrou em trabalho de parto em casa, onde ficou com a família e uma enfermeira obstetra até completar 8 cm de dilatação, indo para o hospital e tendo seu filho por meio de um parto normal com episiotomia. Enfrenta o puerpério com o apoio familiar e amamenta exclusivamente seu filho. Companheiro presente no momento do nascimento.</p>
<p>Anita (Garibaldi)</p> 	<p>Anita, 24 anos, solteira, grávida de sua primeira filha, estudante universitária, sem vínculo empregatício, possui um companheiro que, assim como ela, mora na casa dos pais. Estão aguardando seu apartamento ficar pronto para se mudarem. Apoiada pela mãe, deseja um parto normal hospitalar, mas enfrenta resistência por parte de seu médico. Mantém-se firme até o final da gestação por sua decisão pelo parto. Entra em trabalho de parto em casa, indo imediatamente para o hospital, onde sofre violência obstétrica por parte dos plantonistas, os quais a impedem de ter um acompanhante. Após horas de sofrimento com as dores solitárias do trabalho de parto, solicita uma cesariana, como uma forma de nascimento mais humana para sua filha</p>

	<p>do que a que estava recebendo. No puerpério enfrenta dificuldades com a amamentação, mantendo-a não exclusiva pelos primeiros quatro meses. A família lhe apoia, mas também a incomoda. Utiliza a rede social para informar-se e compartilhar sua gestação e seus primeiros momentos com a filha. Companheiro presente no momento do nascimento, mas com dificuldades de acesso.</p>
<p>Simone (de Beauvoir)</p> 	<p>Simone, 23 anos, casada, diagnosticada com ovários policísticos e com dificuldade de engravidar, está em sua primeira gestação, filha mais nova de uma família grande proveniente do interior do estado. Mora no centro de Porto Alegre com o marido, é enfermeira, mas não está trabalhando no momento, afastou-se devido a gestação. Teve dificuldades para encontrar um obstetra que respeitasse seu desejo pelo parto normal, sendo que pelo seu plano de saúde não conseguiu este profissional. Após uma gestação cansativa acaba optando pela cesariana nas 38 semanas quando a médica lhe informa que o parto que ela deseja não será realizado, devendo ser do “tipo” que a profissional faz, com intervenções que Simone não deseja sofrer. Seu filho nasce após uma cesariana agendada, não desejada e com a qual ela ainda não se conforma. Após o nascimento, vai para o interior do estado, onde permanece durante o primeiro mês. Amamenta não exclusivamente seu filho. Companheiro presente no momento do nascimento.</p>
<p>Malala (Yousafzai)</p> 	<p>Malala, estudante universitária, 23 anos, diagnosticada com útero bicornio e com dificuldade de engravidar, está grávida de seu primeiro filho, mora na casa de seus pais localizada na região centro-sul com o companheiro, com quem está há cerca de seis anos. Desde a descoberta da gestação deseja um parto natural, totalmente sem intervenções. Peregrina atrás de um obstetra que a acompanhe em seus desejos e consegue encontrar somente na terceira tentativa. A médica durante toda a gestação não fala sobre o parto, mas diz que apoia as decisões de Malala. Com 38 semanas de gestação a obstetra resolve que o melhor é marcar a cesariana, evitando assim o risco do bebê passar do tempo. Mala entra em trabalho de parto em casa na noite anterior a cesariana, mas como o bebê “estava virado”, o parto é interrompido e a cesariana realizada. Ela enfrenta dificuldades na gestação com a intromissão familiar, sofrendo muito com as constantes visitas. Amamenta não exclusivamente seu filho. Utiliza a rede social virtual como apoiadora de suas experiências. Companheiro presente no momento do nascimento.</p>
<p>Frida (Kahlo)</p> 	<p>Frida, 41 anos, psicóloga, com seu segundo casamento, grávida do segundo filho, sendo que o primeiro tem dez anos e nasceu de parto domiciliar. Descobre a gestação por meio de uma ultrassom de rotina para controle dos ovários policísticos, o que a deixa bastante apreensiva. Deseja um parto domiciliar novamente e é acompanhada por dois médicos: um de seu plano de saúde para realização dos exames de rotina, e outro que acompanhará seu parto domiciliar, com quem possui bastante vínculo. Seu companheiro tem medo do parto em casa e tenta persuadi-la a mudar de ideia. Sua gestação é vivida em círculos femininos, grupos de debate sobre parto, grupos de movimento corporal, mandalas de fios e culturas do sagrado feminino. Entra em trabalho de parto com 35 semanas, tendo sua filha após uma longa peregrinação até o parto hospitalar normal com seu obstetra. É culpabilizada no pós-parto pela prematuridade da filha. Amamenta exclusivamente a bebê, mesmo com as dificuldades engendradas pelo sistema de assistência hospitalar. Companheiro presente no momento do nascimento.</p>

<p>Angelina (Jolie)</p> 	<p>Angelina, 29 anos, estudante universitária, funcionária pública, casada, mora com o companheiro em uma casa própria na zona sul de Porto Alegre. Após descobrir a gestação enfrenta uma peregrinação “<i>em busca de um obstetra que faça obstetrícia</i>”. Realiza seu pré-natal com o profissional que, pelo seu plano, respeitou sua decisão inicial por uma cesariana. Agenda a cirurgia para as 38 semanas, mas sempre conta com a imprevisibilidade de um parto normal, o que, um dia antes da cesariana agendada acontece. Ela entra em trabalho de parto em casa, onde fica por algumas horas com o marido, até ir ao hospital, onde já chega parindo seu bebê. Angelina pariu de forma normal seu bebê no hospital privado mais intervencionista do município. No puerpério tem dificuldades com a amamentação, mas apoiada pela família e pelo obstetra conseguem manter o aleitamento exclusivo por seis meses. Companheiro presente no momento do nascimento.</p>
<p>Leila (Diniz)</p> 	<p>Leila, 26 anos, paulista, antropóloga, mora na região centro-sul de Porto Alegre com seu companheiro e a família dele, está cursando outra graduação em universidade pública. Desde o início deseja parto normal, sem intervenções, mas não encontra em seu plano de saúde alguém que lhe acompanhe em seu desejo. Informa-se, busca nas redes sociais virtuais apoiadores, mas não consegue um obstetra que lhe acompanhe. Mantém o pré-natal com uma profissional, mas planeja ter seu filho no hospital público. Com 40 semanas vai a uma avaliação em um centro obstétrico e é intimidada pela plantonista de que sua filha estaria correndo risco, passando da hora e que precisa nascer logo. Aguarda, com receio até as 41 semanas, quando a situação se repete e, por receio, inicia indução de um parto normal. No entanto, após falha na indução acaba indo para uma cesariana que não desejava e que acredita ter sido desnecessária, já que sua filha, ao ser avaliada, estaria com 39 semanas de gestação. Chora bastante e sente-se em luto pelo parto perdido. Amamenta sua filha exclusivamente e é apoiada pela família continuamente. Companheiro presente no momento do nascimento.</p>
<p>Jane (Austen)</p> 	<p>Jane, 28 anos, Designer, casada, em sua primeira gravidez, mora com o marido em um apartamento próprio na região sul de Porto Alegre. Define-se como uma mulher prática e moderna. Iniciou seu pré-natal sem saber bem o tipo de parto que desejava, mas iniciou pesquisas sobre parto natural. Ficou com dúvidas e perguntou para o médico, o qual apenas disse que o parto normal era animalizado e sofrido demais pra se viver. Decide-se então por agendar previamente uma cesariana para as 38 semanas de gestação. Jane cuida dos detalhes da decoração do quarto com prazer e dedicação, mantém-se tranquila durante a gravidez e tem o apoio do companheiro em suas decisões. Seu filho nasce conforme planejado, em data escolhida pelo casal. No pós-parto apresenta dificuldades com a amamentação e o ganho de peso do bebê, o que a preocupa, mas é prontamente resolvido. Sua mãe a acompanha no puerpério, auxiliando-a no necessário, assim como o companheiro. Companheiro presente no momento do nascimento.</p>

Fonte: Informações da pesquisa, 2014.

3.4 Geração dos dados: inserindo-se no campo e andando junto

Ao escolher a etnografia como caminho a ser percorrido nesta pesquisa, busquei, por meio da inserção no contexto dos sujeitos, entender o ponto de vista dos mesmos, procurando significados de suas práticas e princípios que regem seus comportamentos e os diversos aspectos da sua vida (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Isso porquê:

(...) a etnografia, como também outras pesquisas qualitativas, buscam a inserção no contexto natural para acessar às experiências, aos comportamentos, às interações e aos documentos para assim compreender a dinâmica do grupo estudado. (SILVA et al., 2013).

Trata-se uma imersão no campo e no cotidiano das pessoas, inscrevendo-se frente ao discurso e as práticas sociais, registrando-as e transformando os acontecimentos passados em relatos que existam em sua inscrição e que possam ser consultados novamente (GEERTZ, 2008). É estar próximo e ao mesmo tempo distante do grupo estudado, transformando-se em alguém que não pertence ao grupo, mas compartilha com o mesmo, conhecendo os pontos de vista e a visão de mundo dos sujeitos pesquisados (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Pela etnografia insere-se nos cenários dos sujeitos, busca-se a vivência relacional com os mesmos, olha-se para o seu contexto a partir de seus olhos e registra-se os ditos e os não ditos por ele expressos. É a exploração densa e intensa do contexto dos sujeitos, objetivando a apreensão do empírico. Para Ramos (2007) e Ruiz (2013), experienciar o campo de forma intensa por um período de tempo possibilita o amadurecimento das reflexões e a imaginação científicas, traços imprescindíveis para a construção do conhecimento que se propõe com a pesquisa etnográfica.

Nesse sentido, para Geertz (2008):

(...) há três características da descrição etnográfica: ela é interpretativa; o que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em tenta salvar o “dito” num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixa-lo em formas pesquisáveis.

Considera-se que os achados etnográficos não são achados privilegiados, mas sim particulares e individuais, tendo importância na sua especificidade complexa, na sua circunstancialidade e no trabalho de campo altamente participativo (GEERTZ, 2008). Nesta pesquisa busquei inserir-me nas experiências particulares e únicas das mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério, apreendendo seus modos e andares, acompanhando-as em suas experiências, ouvindo-as e participando de suas práticas.

Para isso, utilizei técnicas e instrumentos de pesquisa que, em sua operacionalização, me possibilitaram ver, ouvir e registrar estes momentos, experiências e práticas envolvendo a maternidade e o contexto de estudo. A utilização da observação participante, da entrevista

e do diário de campo, possibilitou adentrar no campo e entender os significados das ações, a partir da descrição, análise e interpretação dos dados.

3.4.1 A entrada em campo: primeiros contatos e relações

Victoria; Knauth; Hassen (2000) definem entrada em campo como a forma inicial de acesso ao grupo pesquisado, dependendo deste momento várias amarrações a serem feitas durante todo o restante do processo de pesquisa. Por isso, decidimos dedicar um momento para relatar como ocorreu o contato com as participantes deste estudo.

As mulheres foram inicialmente captadas através de grupos de apoio à maternidade pertencentes à uma rede social da rede mundial de computadores. Por indicação de membros destes grupos ou por indicação própria e voluntária, entrei em contato via *e-mail* ou telefone explicando brevemente a pesquisa e convidando-as para um encontro presencial para que pudessem receber todas as explicações sobre os objetivos e a metodologia do estudo e assinarem o TCLE (APÊNDICE 1).

Em uma investigação sobre a realidade social, e neste caso esta realidade são os processos de gestação, parto e puerpério, momentos únicos, íntimos e especiais na vida de uma mulher, deve-se considerar a necessidade de estabelecer com os participantes uma relação de proximidade, confiança e baseada em princípios éticos, sendo a aceitação da pesquisadora pelos sujeitos fundamental para a qualidade das informações a serem recebidas (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

A pesquisa etnográfica constituindo-se no exercício do olhar (ver) e do escutar (ouvir) impõe ao pesquisador ou a pesquisadora um deslocamento de sua própria cultura para se situar no interior do fenômeno por ele ou por ela observado através da sua participação efetiva nas formas de sociabilidade por meio das quais a realidade investigada se lhe apresenta (ROCHA; ECKERT, 2008).

Sem vínculos e sem comprometimento com a pesquisa, mas apenas para iniciar uma relação, foi agendada uma visita presencial em lugar de sua preferência, o qual foi seu próprio domicílio. Após este momento, a mulher, ao aceitar formalmente, começou a participar da pesquisa, a partir de um estreitamento das relações entre pesquisadora e participante.

Por meio destes cuidados, além de respeitar o momento individual, familiar e único da maternidade em seus processos de gestação, parto e puerpério, construí relações de cooperação, compartilhamento e vínculo com as mulheres participantes, no intuito de, como diria Geertz (2008), “auxiliar-nos a ganhar o acesso ao mundo conceitual no qual vivem os nossos sujeitos, de forma a podermos, num sentido mais amplo, conversar com eles”.

3.4.2 O fazer etnográfico: observando, ouvindo, experienciando

A pesquisa etnográfica não é um fazer que inclui as vozes dos sujeitos e requer a participação plena do pesquisador, levando-o à uma visão entre o que já se sabe sobre uma cultura e o que é a dinâmica desta cultura (RODRIGUES-JUNIOR, 2012). A etnografia é feita *in loco*, sendo o etnógrafo alguém que se ocupa das vidas cotidianas das pessoas que ele estuda, alguém que participa subjetivamente na vida delas, tornando-se um observador objetivo das mesmas (ANGROSINO, 2009).

O método etnográfico difere de outros modos de fazer pesquisa social, pois baseia-se a partir do local onde as pessoas vivem, sendo conduzida por pesquisadores que estão rotineiramente em contato com os sujeitos, requerendo compromissos de longo prazo e interação com as pessoas. Pode-se dizer que a etnografia é multifatorial, exigindo duas ou mais formas de coleta de dados, indutiva, dialógica e holística (ANGROSINO, 2009).

Partindo de sua característica multifatorial, nesta pesquisa utilizei tanto a observação participante, quanto as entrevistas semi estruturadas para compor o corpo do fazer etnográfico, o que possibilitou o alcance dos objetivos propostos.

Em relação à observação participante, pode-se considerar que a mesma vai além de uma técnica de coleta de dados, mas um comportamento ou estilo que permite ao pesquisador ser aceito pelos sujeitos em estudo, possibilitando sua entrada em campo e o acesso aos modos de vida dos mesmos. Ela é intrínseca ao fazer etnográfico, um contexto a partir do qual o pesquisador irá utilizar técnicas para coletar os dados, percebendo, estabelecendo vínculos e inter-relacionando-se com os sujeitos, enquanto eles executam suas rotinas diárias (ANGROSINO, 2009).

A observação participante é sem dúvida a parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, privilegiada por possibilitar a investigação de saberes e práticas da vida coletiva, reconhecendo as ações e as representações sociais (SILVA et al., 2013). Sua importância é tal que ela é entendida não como uma estratégia no conjunto da investigação e sim um método para compreensão da realidade e apreensão concreta das “totalidades vivas” (MINAYO, 1999).

Observar significa examinar um evento, grupo de pessoas ou indivíduos a partir de todos seus sentidos, significados e contextos, descrevendo-os e interpretando-os (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). É muito mais do que “ver”, é sim “olhar”; demorar-se no que se vê; remeter-se a história e ao contexto do que está sendo observado; questionar-se; tencionar-se; utilizar não só os olhos, como também o corpo e todas as suas sensações (LAPLANTINE, 2004).

Em meu caminhar ao lado das mulheres observei suas experiências com a maternidade durante os processos de gestação, parto e puerpério, “olhando” seus contextos, a cultura que as cercavam e as histórias que lhe construíam como mulheres e como mulheres-mães. Elas foram acompanhadas em momentos distintos de suas trajetórias assistenciais e de suas experiências individuais e coletivas: em sua casa, grupos, família, em atendimentos de saúde, primeiros cuidados com o recém-nascido, reuniões familiares, chás de bebê/fraldas e até mesmo durante a internação obstétrica.

Como Ruiz (2013) deixei que o empírico e o contexto mais amplo destas mulheres me levasse a enxergar aquilo que os roteiros estruturados não nos possibilitaram “olhar”, envolvendo-me pelo inesperado e experimentando situações conjuntamente com os interlocutores. Trata-se de estar perto e distante do objeto de observação, dentro e fora do mesmo, sabendo medir os efeitos que o “estar junto” e o “estar observando” podem ocasionar (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Também utilizei como forma de geração dos dados a entrevista, a qual em etnografia é uma extensão lógica da observação, caracterizando-se por ser um processo condutor da conversação, com objetivo de colher informações relevantes. Ela é de fato interativa, aberta, fluida durante a conversa entre pesquisador e sujeitos, sempre profunda, densa, procurando significados, capturando áreas desconhecidas e explorando nuances não evidentes

(ANGROSINO, 2009). Para Duarte (2002), utilizar-se de entrevistas abertas é deixar as pessoas mais livres para se expressarem, possibilitando que falem de suas ideias, visões de mundo, gostos, crenças, valores, significados e expectativas, situações cujas posturas mais formais não costumam possibilitar.

Os dados foram gerados durante estes momentos de interação entre pesquisadora e participante, nos diversos contextos de encontro. Em todos estes momentos utilizei o gravador de voz para registro das falas, as quais, posteriormente, foram transcritas na íntegra em forma de texto. Não parti de perguntas e respostas fechadas, em um ato mecânico de falar sem escutar realmente o que se diz. Nos momentos de escuta, interagi e nos relacionamos em um exercício de diálogo e construção de espaços, mas com o cuidado de deixar que as falas das mulheres pudessem revelar suas culturas, práticas e vivências com a gestação, o parto e o puerpério.

Este tipo de entrevista serve principalmente para pesquisas voltadas para o desenvolvimento de conceitos, esclarecimento de situações, atitudes e comportamentos ou a compreensão dos significados das práticas humanas.

Deste modo, a entrevista dá voz ao interlocutor para que ele fale do que está acessível a sua mente no momento da interação com o entrevistador e em um processo de influência mútua produz um discurso compartilhado pelos dois atores: pesquisador e participante. (FRASER; GONDIM, 2004).

Pretendi deixar que as mulheres falassem de seus contextos, da cultura que as cercam, da interação com outros sujeitos, do seu protagonismo (ou não) frente aos processos de gestação, parto e puerpério, dos caminhos percorridos durante a busca por cuidados em saúde e do seu ser mulher e mãe. As entrevistas possibilitaram a busca pelas representações das mulheres, como elas interpretavam e construía as práticas a partir do mundo cotidiano, ou seja, como elas reproduziam e rerepresentavam um conteúdo de pensamento (MINAYO, 1999), neste caso relacionados com a cultura da maternidade e do pensamento biomédico que as cercavam e modulavam.

3.4.3 O diário de campo e o registro do que vivenciei

A partir do que foi observado, ouvido e experienciado/compartilhado com as mulheres, em seus contextos e cenários, realizei registros cotidianos e impressões do

empírico. Essas anotações e registros foram feitos no Diário de Campo, ferramenta com potencial de gerar reflexão sobre a própria prática, já que no ato em si de escrever os fatos ocorridos refletem-se sobre o que se vivencia, revelando o que não havia sido exposto ainda e determinando a complexidade dos momentos e processos (PEZZATO; L'ABBATE, 2011).

A construção de um diário de campo possibilitou a captação de acontecimentos e situações que não puderam ser abordadas nas entrevistas, comportamentos e dificuldades durante os processos e informações livres surgidas em conversas, as quais trazem uma riqueza de detalhes que muitas vezes escapam as perguntas mais estruturadas, contribuindo para a compreensão dos dados e análise dos mesmos (ROESE et al., 2006). Nos diários descreveu-se não só as observações realizadas, mas também as impressões do pesquisador sobre as experiências e eventos e os sentimentos e reflexões sobre o campo (DALMOLIN; LOPES; VASCONCELLOS, 2002; NICOLAIDES, 2007).

Para Ruiz (2013) o diário de campo, além de ser uma técnica específica para o registro das observações e experiências vivenciadas é também um espaço para que o pesquisador coloque suas impressões sobre o campo, o que poderá subsidiar sua futura análise, refletindo sobre o campo e sobre os acontecimentos nele compartilhado.

Por ser um instrumento de registro de dados utilizei o diário de forma livre, em textos e escritas cotidianas, com intuito de enriquecer a análise das situações e contextos vivenciados, bem como das impressões e sentimentos da pesquisadora em relação a apreensão do empírico. Procurei manter certa lógica e organização, mantendo o registro cronológico dos acontecimentos, contendo as pessoas envolvidas, o contexto em questão, as imagens ou fotografias que possibilitavam alguma interpretação do vivido, registrando de forma pessoal tanto os dados coletados quanto minhas impressões.

3.5 Análise das informações: interpretando a cultura do ser mulher-mãe à luz das concepções de Geertz

Em pesquisa qualitativa a análise das informações ou dados recolhidos busca atingir três objetivos dentro da proposta da investigação social: inserir-se no contexto de descobertas a partir do próprio material coletado, administrar as hipóteses iniciais confirmando-as ou assumindo novas questões e ampliar a compreensão dos contextos culturais. No momento da interpretação busca-se descobrir as conexões que a experiência

empírica mantém com o plano das relações sociais, permitindo, nesta operação intelectual, que razão e experiência possam ser percebidos através das relações dialéticas que possuem (MINAYO, 1999).

Compartilhando dessa concepção utilizei neste estudo a **Teoria Interpretativa da Cultura** de Clifford Geertz, antropólogo norte-americano, considerado o mais expressivo representante da antropologia interpretativa e defensor de um conceito semiótico de cultura, baseado na sociologia clássica de Max Weber (JAIME JUNIOR, 2002). Menezes (2006) refere que a utilização desta análise interpretativa possibilita desatar os nós da pesquisa e compreender a problemática das ações sociais em determinados contextos.

Para Geertz (2008), a cultura é uma condição essencial da existência humana, fornecendo o vínculo entre o que os homens desejam tornar-se e o que eles realmente se tornam, um a um, vivendo em um mundo dotado de sentido. Cultura é justamente essa produção de sentido, uma teia de significados, uma hierarquia estratificada de estruturas significantes em termos dos quais as ações são percebidas, produzidas e interpretadas. Parte-se do entendimento de que cultura seria um texto, o qual o pesquisador deve interpretar, penetrando em seus contextos e buscando compreender tanto seus significados quanto os sentidos que elas apresentam para os sujeitos (JAIME JÚNIOR, 2002).

A cultura é pública, assim como seu significado, e o comportamento humano é entendido como ação simbólica, um discurso social, o qual demonstra a lógica informal da vida. O que o homem é está diretamente envolvido com sua inserção em contextos diversos, com como ele se enxerga e no que acredita, dependendo de mecanismos de controle para ordenar seu comportamento (GEERTZ, 2008).

E analisar essa cultura, a partir deste conceito, é escolher entre as estruturas de significação e determinar sua base social e importância, levar em conta as possibilidades de inserção humana, olhar as dimensões simbólicas da ação social e aprofundar-se nestas ações. Portanto, nesta pesquisa, o objetivo foi a análise do discurso social, investigando a relevância não visível das coisas e registrando o significado que as ações particulares e coletivas possuem para os atores que delas participam (GEERTZ, 2008).

3.6 Considerações éticas

Este estudo foi realizado respeitando os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012a), sendo enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS por meio da Plataforma Brasil e obtendo aprovação em abril de 2014 por meio do parecer CEP nº522742 (ANEXO 1).

Foi respeitada a dignidade e a autonomia dos participantes da pesquisa, reconhecendo sua vulnerabilidade e garantindo sua vontade por meio de manifestação expressa, livre e esclarecida, podendo o convidado escolher participar e permanecer ou não na pesquisa. Foram ponderados riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e garantindo que os danos serão evitados.

Esta pesquisa, devido a abordagem que será utilizada, apresenta riscos mínimos às participantes, não apresentando possíveis danos físicos e considerando os riscos relacionados ao desconforto com relação aos relatos a serem feitos nas entrevistas. No entanto, a pesquisadora responsável garante a segurança e o respeito às mulheres participantes da pesquisa, considerando seus interesses e garantindo a relevância social do estudo.

Em relação aos benefícios às mulheres participantes, asseguramos acesso às orientações relacionadas aos cuidados durante o puerpério, logo após a coleta de dados. Isto para que seja garantido um retorno social aos sujeitos participantes por parte da pesquisadora, mas sem uma interferência na produção dos dados qualitativos do estudo.

Irão ser utilizados métodos adequados para responder os questionamentos estudados, prevendo uma trajetória metodológica que assegure a confidencialidade e a privacidade, bem como o anonimato dos participantes e o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. Será garantido às mulheres participantes todas as disposições possíveis para comunicar os achados da pesquisa, sendo comunicados também aos órgãos de saúde competentes e interessados na temática pesquisada. Salienta-se que todos os nomes citados nesta tese não correspondem aos nomes verdadeiros, tanto das mulheres, quanto companheiros e profissionais de saúde, sendo substituídos por pseudônimos escolhidos pela pesquisadora.

Os dados produzidos durante a pesquisa serão utilizados somente para as finalidades previstas neste projeto, as quais são: construção da tese de doutorado da pesquisadora, elaboração de artigos científicos para publicação, participação em eventos científicos e apresentação para órgãos públicos de interesse na temática em estudo. Cabe ressaltar que, em nenhuma destas formas de utilização dos dados da pesquisa, será desconsiderado o anonimato dos sujeitos participantes.

As participantes foram convidadas à fazerem parte pela pesquisadora responsável, a sendo abordadas em condição e local escolhidos pelas mesmas. As participações somente foram confirmadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cabendo este consentimento somente às mulheres participantes.

O TCLE foi elaborado pela pesquisadora e aprovado pelo CEP, sendo disponível para assinatura das mulheres em duas vias, ficando uma retida pela participante e a outra arquivada pela pesquisadora responsável. Cabe ressaltar que as mulheres foram orientadas da possibilidade de retirarem seu consentimento em qualquer momento do estudo, sem nenhum tipo de constrangimento ou malefícios para si ou sua família.

Os dados gerados ficarão guardados e estarão à disposição da comunidade acadêmica e comunidade em geral durante cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora responsável, podendo ser incinerados somente após esse período.

4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

4.1 Nascer em Porto Alegre: a Saúde Suplementar e a realidade obstétrica na capital gaúcha

Vivenciar a gestação, o parto e o puerpério é estar junto, presente e atento, aos movimentos singulares e subjetividades característicos de cada um destes momentos. É adentrar os espaços ocupados pelas mulheres e suas famílias, conhecer seus grupos sociais de pertencimento e suas formas de enxergar e viver este mundo. Para isso, é preciso reconhecer que no caminho até o nascimento, as mulheres seguem trajetórias de experimentação de mundo que perpassam pelos serviços de saúde, levando consigo histórias, formas de vida social e culturas construídas nos momentos de cuidado.

Antes de seguir estas trajetórias e experienciar o mundo envolto pela maternidade, decidi que precisava apreender não só da subjetividade e das experiências delas, mas também do contexto em que elas estavam inseridas, do tipo de cuidado ou descuidado que elas estavam recebendo e como este contexto poderia influenciar de forma significativa os caminhos percorridos por cada uma delas. Era preciso adentrar o subsetor suplementar de saúde e a rede de atenção obstétrica mantida pelo mesmo, para que, a partir do reconhecimento do contexto, pudesse compreender os caminhos que estava prestes a percorrer.

Para compreensão das vivências de gestação, parto e puerpério na saúde suplementar de Porto Alegre antes de mais nada precisei conhecer como este subsetor se organiza no município e como ocorre o cuidado às mulheres durante o período gravídico- puerperal. Portanto, o lugar pelo qual iniciamos esta trajetória é a atenção obstétrica oferecida pela saúde suplementar porto-alegrense, com suas instituições, realidades, indicadores e características, as quais podem modular os caminhos percorridos pelas mulheres durante a gestação e na escolha do parto de forma significativa.

A opção por iniciar este percurso por uma análise do contexto atual do subsetor suplementar, em seus aspectos epidemiológicos e suas características particulares, pauta-se na concepção de que a forma como o cuidado é percebido e concretizado pelos serviços pode, consciente ou não, modular as maneiras de se enxergar gestante e de viver esta

experiência de vida dentro dos espaços institucionais de saúde. Afinal, esta concepção pode acarrear para a assistência as mais diversas e legítimas aspirações de saúde dos indivíduos, podendo surgir arranjos tecnológicos mais sensíveis às necessidades dos sujeitos e dos coletivos e assim, delimitar caminhos compartilhados de cuidado e vida (AYRES, 2000).

4.1.1 A Saúde Suplementar e a atenção obstétrica em Porto Alegre, RS

A partir dos últimos dados fornecidos pela ANS, Porto Alegre consta com um total de 34 Operadoras com registro ativo, tendo uma taxa de cobertura de planos de saúde de 51,2%. O número total de beneficiários, até março deste ano, é de 725.587, sendo 392.786 mulheres e destas 194.315 tem entre 15 e 44 anos (ANS, 2015a).

Em relação aos beneficiários, em Porto Alegre, um total de 515.204 contam com planos que abrangem assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, sendo estes divididos nas seguintes modalidades: 80.305 em Autogestão, 292.590 em Cooperativas Médicas, 13.118 em Filantropias, 65.594 em Medicina de Grupo e, 63.597 em Seguradoras Especializada em Saúde (ANS, 2015a).

Cabe ressaltar que, do total de beneficiários residentes em Porto Alegre, cerca de 596.768 mil contrataram seus planos após sanção da Lei 9.656/98 (ANS, 2015a), a qual dispõe e regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde no país (BRASIL, 1998).

A capital possui 07 hospitais que oferecem assistência em obstetrícia pelo subsetor suplementar, totalizando 155 leitos não públicos neste setor. Proporcionalmente os nascimentos pelo setor público continuam sendo a maioria e apenas 30% ocorrem nos hospitais privados. Em 2013, último dado disponível nacionalmente, Porto Alegre contava com 51,60% dos nascimentos ocorrendo por via cirúrgica (DATASUS, 2015).

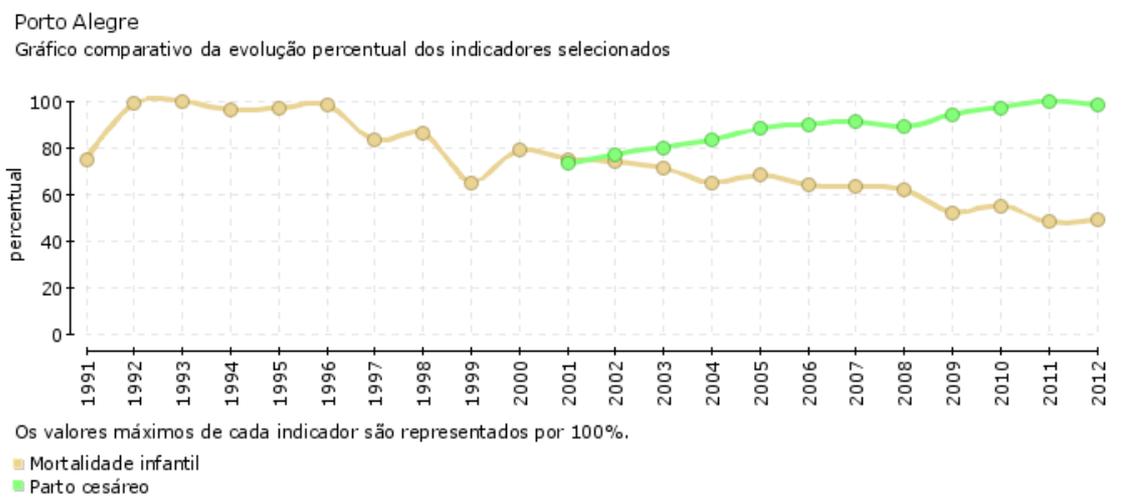
Ao analisar este dado, separando por hospitais públicos e privados, identificou-se um índice discrepante de cesarianas nas instituições privadas, podendo chegar a 86% do total de nascimentos (PORTO ALEGRE, 2013), sendo que a Organização Mundial de Saúde indica um índice de apenas 15%. Esta realidade nos fez refletir sobre a mortalidade materna e neonatal do município, as quais podem estar sendo influenciadas pelos percentuais de nascimento

por cesariana encontrados, visto ser este procedimento indicado em situações de risco materno e neonatal.

Em dado mais recente identificou-se seis casos de morte materna em Porto Alegre, sendo que destes três óbitos foram durante a gravidez, parto e aborto. O coeficiente de mortalidade neonatal precoce é de 5,35 e o de mortalidade neonatal tardia de 1,42. Em 2012, 9,33% das crianças nascidas vivas tinham menos de 2,5kg, sendo o maior percentual na Região Sul do município, reconhecidamente a região que possui um dos melhores indicadores em população economicamente ativa e responsáveis com renda maior que dez salários mínimos.

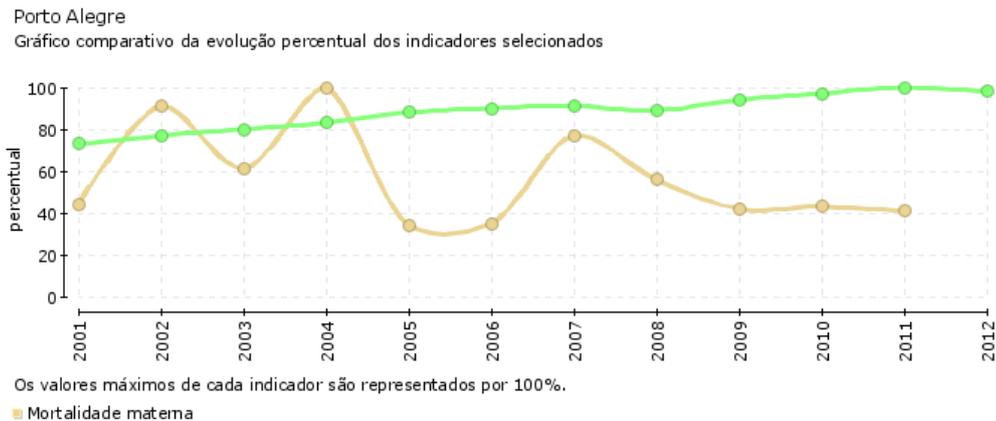
Cabe ressaltar, em relação ao alto índice de cesarianas no município, algumas relações estabelecidas. Dentre elas destacamos que, apesar deste índice aumentar consideravelmente nos últimos anos, as mortalidades maternas e infantis não sofreram alterações significativas, o que nos faz refletir sobre a veracidade da crença atual de que a cesariana poderia reduzir estes dois índices. Estes dados podem ser observados nos gráficos a seguir:

Gráfico 1 - Mortalidade infantil e cesarianas em Porto Alegre: série histórica de 1991 até 2012



Fonte: Porto Alegre em Análise, ObservaPOA, 2015.

Gráfico 2 - Mortalidade materna e cesarianas em Porto Alegre: série histórica de 1991 até 2012



Fonte: Porto Alegre em Análise, ObservaPOA, 2015.

Ao contrário do que se imagina, cesarianas sem indicação clínica constituem atualmente um problema de saúde pública não só em Porto Alegre, mas nacionalmente, estando relacionada com aumento dos índices de morbimortalidade materna e neonatal. Este procedimento está associado com maior risco de infecção puerperal, mortalidade e morbidade materna, prematuridade e mortalidade neonatal (GONÇALVES et al., 2014; VILLAR et al. 2007; VICTORA et al. 2011).

Apesar da crença de que cesarianas poderiam ter levado ao decréscimo na mortalidade perinatal, a literatura sugere que não foi este o fator que influenciou este aspecto, mas sim a melhora na assistência neonatal (DUARTE et al., 2004; BRASIL 2012).

Desta forma, se os altos índices de cesariana no município e principalmente no subsetor suplementar de saúde não estão ocorrendo devido a altos índices de risco materno e/ou fetal e não estão impactando significativamente na redução da mortalidade materna e infantil, fica o questionamento do porquê deste aumento discrepante nos últimos anos. Cabe ressaltar os bons percentuais de cobertura pré-natal que Porto Alegre vêm apresentando, sendo que 71,77% das mulheres-gestantes realizam sete ou mais consultas durante este período, fator reconhecidamente protetivo para a saúde da gestante e do feto.

Partindo desta análise inicial sobre a saúde suplementar e os dados obstétricos do município, partimos para uma apreensão ainda mais profunda deste contexto, onde o questionamento apontado acima nos levou aos caminhos de busca sobre maiores detalhes de como as mulheres atendidas neste subsetor vivenciam sua gestação e parto. É preciso

saber onde elas moram e quais seus modos de vida nestes lugares, afinal como refere Carlos (2007), as pessoas pertencem ao seu lugar como este a elas e a produção deste lugar liga-se indissociavelmente à produção da vida.

4.1.2 Diga-me onde você mora e eu te direi como parirás

Atualmente, a administração de Porto Alegre funciona por meio do Orçamento Participativo (OP), um processo dinâmico de participação popular na gestão urbana que vem servindo como modelo para diversos outros municípios em nível mundial. A gestão pelo OP, em busca de maior aproximação com as necessidades locais, implantou uma divisão do município em 17 regiões (ANEXO B), facilitando a realização de análises mais próximas das realidades e comparações entre as diversas regiões.

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, as regiões com melhores resultados foram a Centro, Noroeste, Sul e Cristal. Estas mesmas regiões ainda contam com os melhores índices de escolaridade e rendimento médio entre os responsáveis pelo domicílio, maior número de população economicamente ativa e com renda superior a dez salários mínimos (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2015).

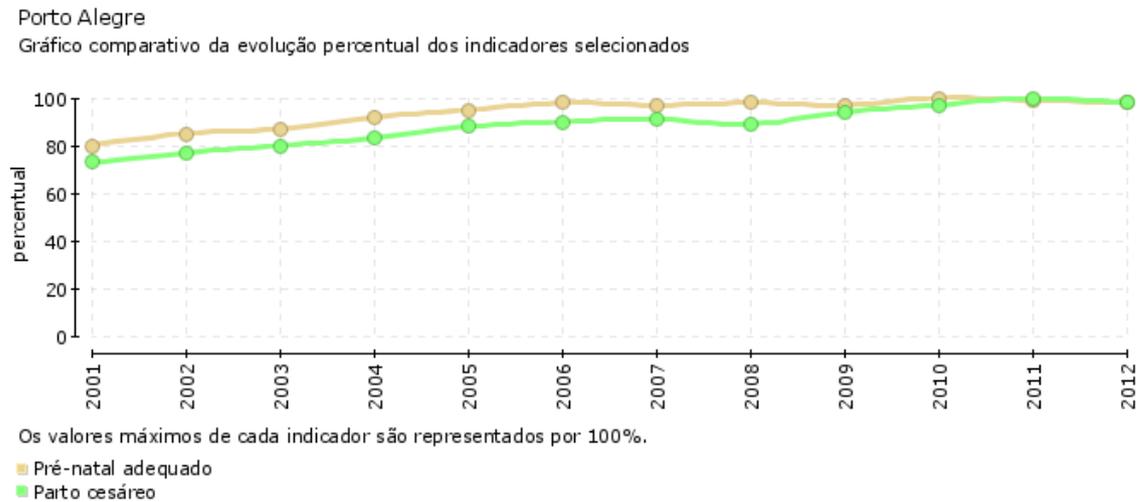
Já que temos aí algumas regiões que nos indicam melhor qualidade de vida e maiores oportunidades no município, resolvemos ir atrás de informações sobre pré-natal, mortalidade infantil e tipo de parto realizados nestes lugares. Afinal, nos pareceu claro que, sendo a qualidade de vida melhor nestes locais, teríamos menores percentuais de gestações de risco e conseqüentemente menores percentuais de cesarianas.

No entanto, nestas regiões, onde as condições de vida são as melhores na capital, os percentuais de nascimentos ocorridos por cesariana variaram de 71% no Centro até 56% na região Cristal. Enquanto que nas regiões com piores rendimentos médios por domicílio, piores condições de infraestrutura e piores índices de desenvolvimento humano, onde possivelmente poderiam ser encontrados os maiores riscos obstétricos, os percentuais de cesariana não chegam a 40%.

Além disso, esta disparidade também aparece quando consideramos o pré-natal adequado, onde as regiões mais desenvolvidas possuem melhores percentuais de cobertura pré-natal, chegando a 84% na região Centro, e as regiões mais pobres apresentam um índice

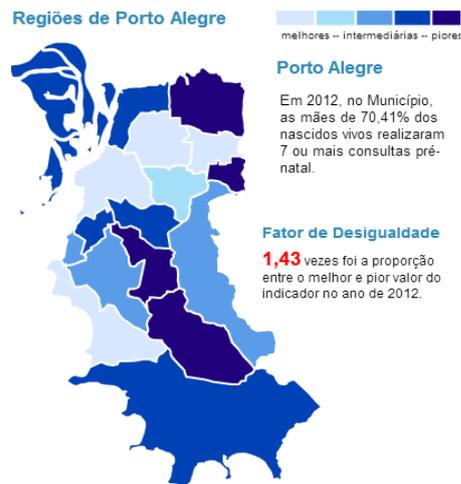
que pode chegar a 59% na Restinga. Cabe salientar que consideramos aqui como pré-natal adequado o indicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007): mínimo de seis consultas, iniciando o acompanhamento até o quarto mês de gestação. Isto pode ser observado nos gráficos e figuras a seguir.

Gráfico 3 - Pré-natal adequado e cesarianas em Porto Alegre: série histórica de 2001 à 2012



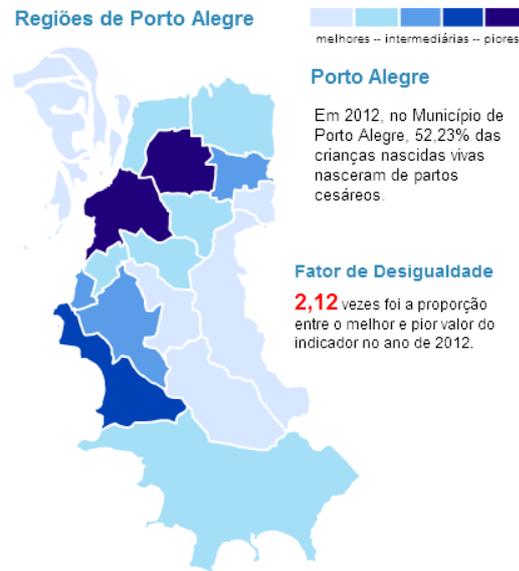
Fonte: Porto Alegre em Análise, ObservaPOA – 2015.

Figura 1 - Pré-natal em Porto Alegre: Regiões do Orçamento Participativo



Fonte: Porto Alegre em Análise, ObservaPOA – 2015.

Figura 2: Nascimentos por cesariana nas Regiões do Orçamento Participativo



Fonte: Porto Alegre em Análise, ObservaPOA – 2015.

Em relação a estes aspectos, a literatura identifica a relação entre taxas aumentadas de cesarianas em classes sociais mais altas da sociedade, demonstrando que estes percentuais podem estar refletindo fatores socioculturais na prática obstétrica, bem como fatores institucionais e financeiros. Índices elevados de cesariana estão associados significativamente com aumento da escolaridade materna, maior renda familiar, em regiões com maior percentual de população economicamente ativa e moradoras de locais com melhor qualidade de vida (CARNELL, ZANOLLI, MORCILO, 2006; FAISAL-CURY E MENEZES 2008; FREITAS et al., 2005).

As desigualdades socioeconômicas de cesariana no Brasil e em Porto Alegre, demonstram que a cesariana na verdade vem sendo utilizada nos grupos com melhores condições de saúde materna e menor risco obstétrico, apontando para um uso abusivo da tecnologia médica do parto. Além disso, trata-se de uma “equidade inversa”, em que populações menos expostas aos fatores de risco para um parto cirúrgico são as que mais consomem esta tecnologia (JÚNIOR et al., 2007).

Já se formos pensar na questão do pré-natal adequado e o maior número de cesarianas, este achado também é comum na literatura, demonstrando que mulheres com sete ou mais consultas de pré-natal possuem maiores chances de realizarem uma cesariana.

Não podemos deixar de analisar que este fato pode estar relacionado a um aumento de consultas em mulheres com gestações de risco, no entanto, autores chamam a atenção para o componente profissional envolvido nesta etapa, sugerindo que o tipo e a qualidade de informações transmitidas durante o pré-natal possam influenciar na escolha final do tipo de parto (D'ORSI et al., 2006; CARNELL, ZANOLLI, MORCILO, 2006; PÁDUA et al., 2010; SAKAE, FREITAS, D'ORSI, 2009).

Ainda em relação ao componente regional envolvido na realidade e obstétrica de Porto Alegre, cabe ressaltar ainda que as instituições privadas atualmente mais procuradas para o atendimento obstétrico no município, devido às condições de hotelaria que possuem e por atenderem por diversos convênios e planos de saúde, se localizam nas regiões Centro, Centro-Sul e Sul, ou seja, nas localizações mais privilegiadas do município.

Podemos dizer que, na realidade atual da capital gaúcha, dependendo de onde a mulher mora podemos consideravelmente cogitar o tipo de parto que ela terá. Quanto maior a sua escolaridade, melhores suas condições financeiras, melhor qualidade de vida e, dependendo do seu bairro ou região de moradia, ela possui maiores chances de ter seu filho por via cirúrgica.

Morar nos melhores lugares de Porto Alegre, nas regiões consideradas mais ricas e economicamente ativas, é fator predisponente considerável para que a mulher faça uma cesariana na capital. Assim, as desigualdades socioeconômicas ficam claras e refletem uma diferenciação nítida de status social na cidade, na medida em que cesarianas não são mais para as mulheres que clinicamente necessitam, mas basicamente para aquelas que possuem condições financeiras para arcar com este procedimento.

Trata-se de um problema de saúde pública que perpassa as questões clínicas e obstétricas e parece estar cercado de uma cultura que tornou a cesariana um desejo de consumo. Parto normal somente nas regiões mais pobres da capital, onde, contraditoriamente, se sobrepõem riscos que poderiam levar à necessidade de uma cesariana.

As mulheres as quais acompanhei durante esta pesquisa moravam nas regiões Centro, Sul, Centro-Sul, Eixo Baltazar e Noroeste, ou seja, todas nas regiões com melhores

índices de qualidade de vida do município. Cada uma delas acessou os serviços da saúde suplementar também disponíveis nestas regiões, circulando pelos mesmos trajetos e determinando encontros bastante similares.

Nos caminhos percorridos junto à elas, pude trilhar destinos dentro destes contextos, visitando consultórios centrais, instituições hospitalares com uma hotelaria privilegiada e acessando ambulatórios confortáveis. Elas fizeram parte desta realidade e, inconscientemente, circularam por lugares que a conduziam (e a mim também) para um único ponto possível de chegada: uma cesariana, com exceção de algumas resistências e imprevisibilidades.

Em Porto Alegre, nascer tem hora marcada para a maioria da população e a escolha do tipo de parto que será realizado possui relação com o lugar em que a mulher está inserida. E este lugar não é apenas uma região, um bairro, mas sim uma produção social permeada por sentimentos, interpretações, memórias que fazem com que os sujeitos estabeleçam suas ações (LEFEBVRE,1991).

4.1.3 Trajetórias do domicílio à ecografia de terceira dimensão

Partindo deste contexto dos lugares, onde se inserem subjetividades e simbolismos, os quais cercam as mulheres que participaram desta pesquisa é que inicio o meu caminhar, seguindo seus passos, identificando seus valores, inserindo-me em seus modos de vida, escutando as falas ditas à elas e experienciando sensações e saberes somente possíveis no fazer etnográfico. Estivemos juntas, elas e eu, no sentido de pensar a gestação, o corpo, as sensações e as escolhas que fizeram parte destas trajetórias, sempre imbrincadas por vivências ambíguas, ora romantizando a maternidade, ora distanciando-se deste romantismo, reiterando perspectivas e olhares diversos sobre o gestar e o parir de cada mulher.

A gestação é uma transformação na corporeidade, no biológico e no subjetivo das mulheres, as quais buscam cuidados durante este período a partir de experiências prévias vivenciadas e do contexto cultural em que vivem. É dos lugares em que elas vivem que as trajetórias se iniciam, partindo por caminhos de cuidado construídos social e coletivamente, muitas vezes cerceados por discursos biomédicos moduladores. Scavone (2001) traz a

perspectiva de que os discursos técnico-científicos contribuem e resignificam as práticas sociais da maternidade, produzindo sujeitos genéricos e relações de dominação.

Em meu caminhar ao lado delas, pude experimentar lugares, pessoas e encontros que determinaram práticas sociais produtoras de significados sobre a gestação e a maternidade, reprodutoras de ideias dominantes sobre o que é gestar e parir e moduladoras das escolhas pelas trilhas a serem seguidas. Nossos destinos quase sempre eram os mesmos, seguíamos caminhos quase sempre idênticos e não tínhamos muitas opções de sermos mulheres-mães-pesquisadora além dos contextos institucionais de cuidado.

Partíamos sempre do domicílio, seguíamos os mesmos trajetos, esperávamos pelos mesmos atendimentos e ouvíamos os mesmos discursos. Da sala de casa, ao consultório na instituição privada; do cafezinho na sala de espera ao ecografista sempre palpitando pelo tipo de parto possível. Não importava como nos locomovíamos, os caminhos eram sempre os mesmos, os discursos técnicos pareciam programados previamente e os diálogos quase sempre não incluíam o olhar acolhedor. Poucos foram os momentos em que os trajetos modificaram-se a ponto de sentir-me vivendo uma experiência diferente. E nos raros momentos em que isto ocorreu, imprevisivelmente, ocorreu-me um estranhamento digno do olhar biomédico ainda fortemente inserido no meu fazer profissional.

É lógico que as vivências das mulheres frente à sua gestação eram únicas e diferenciadas, os sentimentos eram particulares e individuais, mas o que venho destacar é o quanto as trajetórias se assemelhavam, tanto no nível dos lugares físicos ocupados, quanto nos simbolismos e sentidos compartilhados.

A saúde suplementar em Porto Alegre conta com uma diversidade de instituições e profissionais cadastrados e atuantes, mas parece-nos que são atuantes quase que como um protocolo imóvel. As mulheres são encaminhadas para as mesmas instituições hospitalares, consideradas muito mais pela sua hotelaria e por arranjos médicos do que pela qualidade dos cuidados propriamente ditos. Exames são realizados em locais semelhantes ou até mesmo nos mesmos serviços, pois os que não são indicados pelos obstetras possivelmente não possuem valor de segurança adequado.

Aquelas poucas, ou no caso deste estudo, única mulher que se nega a seguir os caminhos traçados socialmente como os mais adequados para uma gestante atendida pela saúde suplementar, sofre a culpa por possivelmente estar sendo negligente em suas escolhas. Afinal ela tem convênio e possui acesso facilitado a toda uma gama de tecnologia

possível, porque ela não desejaria utilizar todo este aparato disponível? Não seguir um padrão do domicílio até a ecografia de terceira dimensão, tecnologia cara e sem objetivos clínicos ou padrões de segurança ainda definidos, é estar a parte do que lhe é exigido seguir, é ser negligente no seu caminhar pela gestação e provavelmente um movimento gerador de riscos em potencial para o feto.

O que se percebe é que a atenção materno-infantil continua sendo organizada de forma bastante parecida aos serviços de assistência aos processos de adoecimento, com referências e contra-referências construídas não a partir das necessidades características deste momento, mas por uma organização geral do sistema de saúde marcada pelo modelo médico-hegemônico tradicional. Nesse sentido, em que engravidar é manter-se em alerta contra os perigos gestacionais, não seguir os caminhos indicados pelos profissionais e reforçados socialmente é deixar de atentar para toda imprevisibilidade do que é gestar e parir.

O acesso aos serviços biomédicos e tecnológicos como ecografias, exames complementares e instituições com acesso às unidades de internação neonatal, é uma necessidade estimulada pelos profissionais que atendem às mulheres. Não é permitido escolher por um local de nascimento que não ofereça a melhor sala de cirurgia, a melhor UTI neonatal com todo equipamento necessário e a sala de espera mais confortável para os familiares. Não é cogitado passar nove meses de uma gravidez sem a realização de muitas ecografias de controle e, principalmente, sem as fotos de seu filho em terceira dimensão dentro do útero.

Não pensar ou não desejar, durante seu caminhar, nessas necessidades construídas socialmente, é ser irresponsável com sua própria gestação. É quase como que uma obrigação da mulher seguir caminhos orientados pelo discurso biomédico, mais seguros e confiáveis, cientificamente credenciados, e que tracem trajetórias que previnam o maior número de riscos possíveis para ela e seu filho.

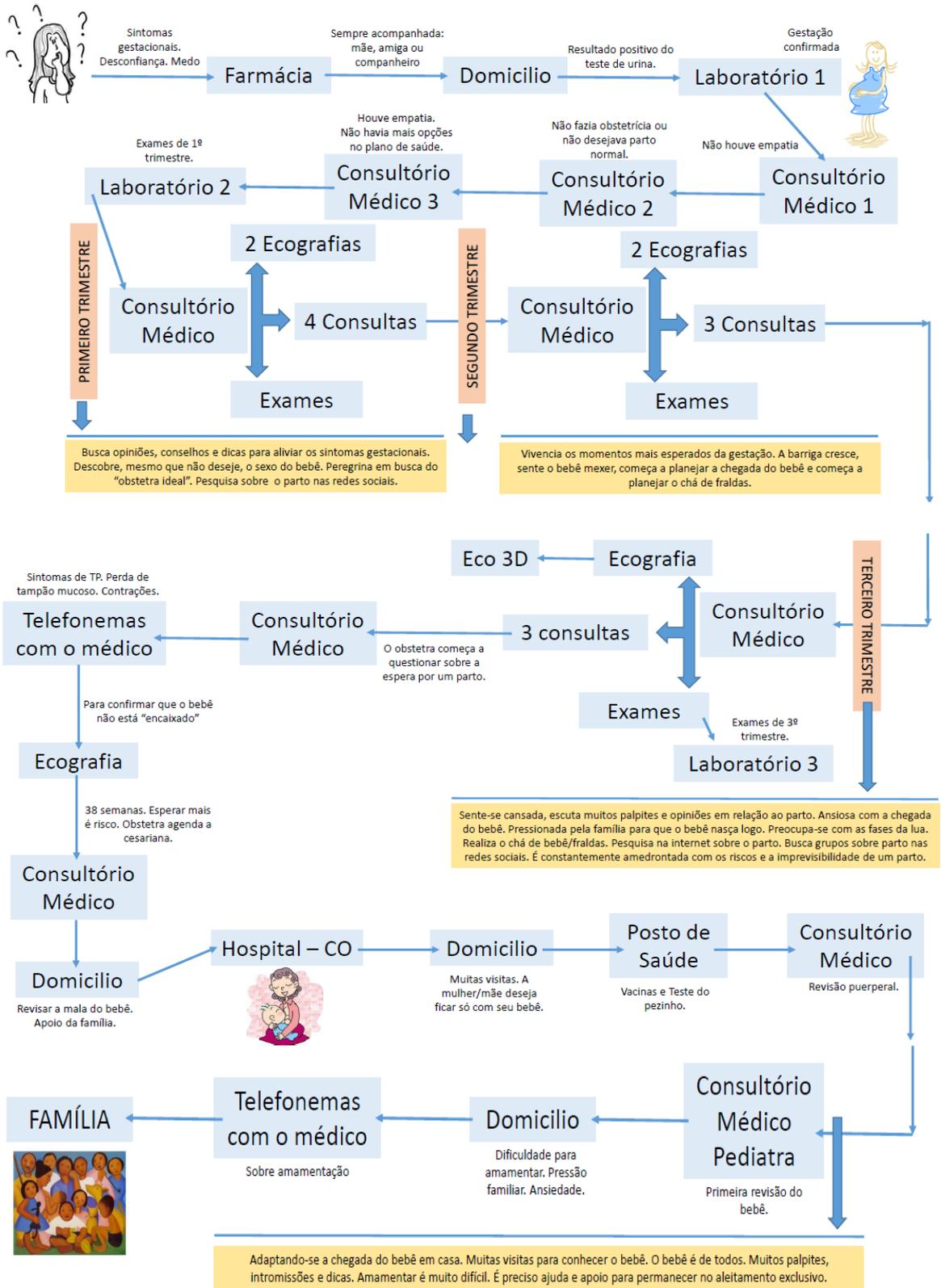
Dessa forma, buscando ilustrar de forma clara as trajetórias construídas pelas mulheres desta pesquisa e experienciadas por mim ao caminhar ao lado delas, traço estes caminhos graficamente, ilustrando os lugares ocupados por elas e que auxiliaram na construção do que é gestar e parir. Afinal, utilizar esta abordagem possibilita não só a incorporação do enfoque na integralidade do cuidado dispensado às mulheres, mas também

uma análise do modelo assistencial que ainda orienta as práticas em saúde (CORDOVA,2008).

Apesar de ter acompanhado oito mulheres durante os meses finais de suas gestações, escolhi apresentar apenas duas trajetórias assistenciais, já que a semelhança entre os caminhos percorridos por elas não permitia grandes modificações na construção gráfica de suas trajetórias. No entanto, destaco a existência de uma trajetória bastante diferenciada, cercada de caminhos e diálogos singulares e que, pela riqueza dessa diferenciação, merece um olhar atento e uma reflexão aprofundada pelos significados que ela nos transmite. Dessa forma, apresento as trajetórias assistenciais da seguinte maneira:

- 1) Trajetória assistencial das mulheres-gestantes-puérperas atendidas pela saúde suplementar em Porto Alegre, na qual apresento um esquema contendo os caminhos percorridos pela maioria das participantes deste estudo, focados no modelo biomédico e influenciado pelas concepções tecnológicas e hegemônicas de cuidado (Figura 3);
- 2) Trajetória de resistência de **Frida**, na qual apresento o caminho percorrido por uma das mulheres participantes deste estudo, imbricado por lugares e espaços diferenciados e que exprimem claramente sua visão de maternidade e suas escolhas em relação ao parto e nascimento (Figura 4).

Figura 3 - Trajetórias assistenciais de mulheres-gestantes-puérperas atendidas pela saúde suplementar no município de Porto Alegre – abril/novembro de 2014



Fonte: Informações da pesquisa, 2014.

O início de todo caminhar sempre começa com uma descoberta, algo novo, que assusta e proporciona medo e inquietude, uma notícia que pode mudar significativamente a vida das mulheres e de suas famílias, sendo esperada, planejada, indesejada ou surpreendente. É sempre a possibilidade de estar grávida que inicia todo caminhar das mulheres por entre as trajetórias assistenciais de cuidado.

Sintomas gestacionais seguidos de desconfiança e medo é o que leva ao primeiro passo em busca de respostas e ele nunca é dado sozinho, sempre a possibilidade de estar grávida é compartilhada com alguém muito próximo: companheiro, figura materna, melhor amiga ou colega de trabalho. Ao cogitar a gravidez a mulher compartilha esta informação com outra pessoa próxima, como que solicitando apoio para enfrentar essa descoberta e desejando que esta pessoa aceite esta gestação como ela já está aceitando.

Ela nunca vai sozinha ter a resposta, mesmo que esta seja uma gravidez planejada e desejada, é a insegurança e o medo que a move em busca de uma companhia para este momento. De casa ou do trabalho até a farmácia, na busca pela testagem gestacional, sempre há alguém com ela, encorajando-a a seguir em frente. Do shopping ao domicílio, não importa onde a resposta esteja, a mulher sempre tem alguém ao seu lado na hora da confirmação da gravidez.

Fiquei com uma formiga dentro da barriga. Liguei pra uma amiga minha, a Luciana. Liguei pra Lú. Lú, eu fiz o teste e não sei o que lá, preciso de um teste oficial, vamos achar um teste oficial porque eu preciso ter certeza. Aí a Lú saiu enlouquecida, veio me buscar... Vamo, vamo. Começou a anda pra PUC, andamos por tudo, e todo mundo entregava na terça o exame. ... Aí a Lú falou assim: vamos na farmácia compra um teste e aí a gente faz um melhor de 3. Se 3 der positivo, pôh, né... E ainda diz que o troço é 99,9%. 1% filho da mãe... risos... A gente fica no pontinho preto no meio da folha branca. E, aí a gente fez até o segundo teste no banheiro do Shopping Total, e, aí ela saiu gritando, fiz mais um só... Ela saiu gritando bicampeão, assim, no meio, dentro do shopping...risos...

(Jane, descobrindo a gravidez)

As mulheres deste estudo referiram que, apesar das dificuldades para engravidar ou dos prognósticos médicos anteriores a gestação não serem favoráveis, elas já sabiam, já sentiam que estavam grávidas antes mesmo de realizar qualquer testagem confirmatória. No entanto, todas precisaram de no mínimo dois testes, de diferentes tipos, para que suas

suspeitas fossem dadas como verdade, seguindo o caminho do domicílio até um laboratório, para realização do exame sanguíneo.

Após o exame de sangue confirmando a gestação com a segurança que elas necessitavam, o próximo passo era sempre contar para a família, conviver com as reações de todos à sua volta, e muito rapidamente agendar uma consulta com o obstetra, iniciando o pré-natal formal. Ouvir dicas de profissionais que atenderam amigas e familiares era a forma de iniciar a busca pelo obstetra que iria lhe acompanhar, seguida de busca na lista de profissionais que atendiam pelo seu convênio ou plano de saúde.

O que elas não contavam era com uma dificuldade de encontrar um profissional que lhe atendessem como elas desejavam, lhe escutando, respeitando seus desejos e estimulando-as sem medos. Todas travaram uma peregrinação por no mínimo três profissionais diferentes, agendando consultas, comparecendo sozinhas ou acompanhadas do parceiro, escutando o que lhes era dito sobre as formas de nascimento possíveis para cada obstetra e decidindo os próximos passos nessa caminhada a partir do que lhes era informado. Em alguns momentos decidiam pelo que lhes era possível, ou seja, pelo que o plano de saúde lhe oferecia e não porque realmente confiavam ou sentiam empatia pelo profissional.

A peregrinação das mulheres no ciclo gravídico-puerperal sempre foi destacada como característica existente no serviço público de atenção ao parto, não imaginava que no subsetor suplementar a situação fosse praticamente a mesma, com o diferencial de já iniciar-se com a descoberta da gravidez. Enquanto no setor público as mulheres peregrinam no momento do parto em busca do cuidado que desejam, no subsetor suplementar esta peregrinação inicia-se já no pré-natal, em busca de alguém que lhe atenda, da maneira como desejam ser atendidas e pelo seu convênio ou plano de saúde.

Vários foram os motivos que as fizeram seguir trajetórias de busca pelo “obstetra ideal”, mas o que mais me chamou atenção foi a valorização das mulheres sobre a opinião do profissional em relação ao parto normal/vaginal. A peregrinação se dava porque elas desejavam vivenciar a experiência de um parto e, quase que unanimemente, não conseguiam um obstetra que desejasse seguir este caminho com elas.

A (*não*) escolha pelo profissional terminava quando elas encontravam aquele que aceitava, mesmo que momentaneamente, seus desejos; ou quando não havia mais opções de obstetras na cobertura de seu plano de saúde. A partir de então, a caminhada pelo pré-natal formal continuava, seguindo mais uma vez para os laboratórios e também para as clínicas ecográficas, sempre as indicadas pelo obstetra, onde realizavam uma imensa lista de exames laboratoriais e as primeiras ecografias gestacionais.

Durante os nove meses de gestação as trajetórias limitavam-se, invariavelmente, apenas a espaços biomédicos, indo do consultório médico, ao laboratório e à clínica ecográfica. No ambiente domiciliar é que as modificações ocorriam de forma diferenciada a cada trimestre gestacional, surgindo experiências a partir das dúvidas e das sensações impulsionadas pela gravidez e pelo seu contexto social e cultural.

No primeiro trimestre a alegria pela descoberta, os sintomas gestacionais incomodativos, as dicas e opiniões de outras mulheres que já tiveram filhos, o fortalecimento da relação do casal, a descoberta do sexo do bebê, as buscas por informações nas redes sociais e a insegurança com a gestação é o que domina as subjetividades das mulheres-gestantes e suas famílias.

No segundo trimestre, junto com as idas ao consultório médico, as ecografias e mais alguns exames, ocorrem as vivências de momentos muito esperados na gestação: sentir o bebê se movimentar, a barriga finalmente cresce e ela finalmente sente-se e visualiza-se como grávida, o planejamento do chá de fraldas/bebê e o planejamento do ambiente em que o bebê será inserido.

Por fim, no terceiro trimestre é que o caminho percorrido tenciona-se levemente, na medida em que as consultas passam a ser quinzenais e, posteriormente, semanais, as ecografias para definição do tamanho e posição do bebê podem ser realizadas também semanalmente, a ecografia 3D é realizada, para que se tenha uma visão mais nítida de como será o filho e os exames laboratoriais são repetidos na íntegra. Além disso, a ansiedade em ver o bebê, o medo e a insegurança em relação ao trabalho de parto, o cansaço e a pressão familiar pelo nascimento, impulsionam uma busca maior pelo profissional e pelos serviços hospitalares de atenção ao parto.

Com o nascimento, quase que exclusivamente por cesarianas, o foco da caminhada não muda de direção, a mulher continua trilhando caminhos entre o domicílio, agora cheio de visitas que querem conhecer o bebê; o posto de saúde para realizar vacinas e teste do pezinho, e os consultórios do obstetra e do pediatra. As dificuldades com a amamentação costumam gerar ansiedade e tristeza, fazendo com que ligações para o obstetra sejam frequentes, em busca de apoio e estímulo ao aleitamento, bem como de informações sobre como esse processo ocorre nos primeiros dias pós-parto.

As visitas invadem a casa e retiram do colo da mulher, sempre sem permissão, o seu filho. Palpites, opiniões e intromissões no novo ambiente familiar, que se molda com a chegada do bebê, são constantemente fornecidos, muitas vezes também sem permissão ou sem solicitação das mulheres. E, apesar de tanta gente, ela sente-se sozinha, desejando mais apoio e menos julgamentos. É na família que se encerra sua trajetória como gestante e inicia-se sua caminhada como mulher-mãe.

Como podemos visualizar nesta primeira figura ilustrativo, as trajetórias assistenciais são exclusivamente marcadas por um saber biomédico, moldadas pela hegemonia tecnológica e pelo ideal da gestação como mais uma condição de risco do que um processo fisiológico feminino e social. O que se encontra é um cuidado ainda centrado no modelo médico-hegemônico, fortemente centralizado na esfera biológica da mulher e enxergando a maternidade, o parto e o puerpério como um problema de saúde que precisa de intervenção médica.

Não há espaços diferenciados de cuidado, não há opções ou caminhos diferentes a serem seguidos. O que existe são referências e contra-referências prontas, moldadas por um discurso hegemônico e que garantem que o caminho percorrido seja sempre circular, ou seja, inicia-se em uma instituição de saúde e finaliza-se em instituições de saúde. O espaço onde a mulher vivencia outras culturas e saberes sobre a maternidade é basicamente o espaço familiar, influenciado e modulado diretamente pelo espaço institucional e formal já legitimado socialmente pelo poder biomédico.

A partir da concepção biomédica de que as necessidades em saúde são apenas aquelas clinicamente observáveis e de que a gestação e o parto são processos de risco, a busca por cuidados formais em saúde durante a gestação e no momento do parto torna-se

social e culturalmente impostas. A busca pela atenção em saúde, no sentido tradicional das práticas técnicas e procedimentos específicos, torna-se indispensável para as mulheres e famílias, na medida em que culturalmente se estabeleceu que é somente por meio da utilização da tecnologia e do aparato médico específico que pode-se produzir bebês perfeitos (HELMAN, 2003).

As mulheres traçam suas trajetórias apenas pelo subsetor profissional de cuidado, legitimado pelas profissões organizadas, formais, legalmente reconhecidas e em sua maioria biomédicas tradicionais. Trata-se da medicina científica, influente no tratamento a saúde dos indivíduos e que expressa a estrutura e a lógica dominante das sociedades (KLEINMAN,1988; HELMAN,2003). Este subsetor, acaba por consolidar um modelo de atenção voltado para a assistência a doença em seus aspectos individuais e biológicos, onde o centro não é o indivíduo e sua família, mas sim as especialidades médicas, a tecnologia e o sistema hospitalar (SILVA-JUNIOR; ALVES, 2007).

E se o foco não é na mulher e na sua experiência em gestar o que encontramos neste caminho é o foco no olhar patológico sobre a gestação. Assim, a mulher grávida, passa a ser vista como um paciente passivo e dependente e não detentora do poder de decisão sobre seu corpo e seu filho, supervalorizando-se o nascimento como um problema técnico e transmitindo, através dos rituais da obstetrícia, valores básicos da sociedade para a mulher, tais como impotência feminina, deficiência de seu corpo, necessidade da medicina para controlar processos naturais e a superioridade das instituições e das máquinas sobre as crenças individuais (HELMAN, 2003).

E os “rituais” da obstetrícia ficam claros durante o caminhar das mulheres: os procedimentos técnicos, as consultas mecanicistas, as quais seguem protocolos claros de medições uterinas, toques vaginais, verificação de peso e onde a prioridade é saber o valor da pressão arterial com vistas a controlar o risco de uma possível e perigosa hipertensão na gestação. Os inúmeros exames laboratoriais sempre deixando a mulher em alerta para qualquer problema que possa aparecer no decorrer dos nove meses. As ecografias indicando o temível peso do bebê, sempre acima do esperado, sempre de risco e invariavelmente a posição fetal nunca é a melhor para a realização de um parto vaginal.

Por meio do discurso biomédico a mulher fica cercada de uma rede de vigilância constante sobre seu corpo e suas atitudes, sendo responsabilizada não só pela sua própria

saúde, mas também pela produção de um bebê saudável, tornando o pré-natal e os encontros de cuidado durante este período um *locus* privilegiado do discurso do risco. Assim, transforma-se a gestação e o parto em eventos arriscados, pois ocorrem em um corpo que pode apresentar algum defeito, tal como uma máquina, e depende do controle médico que, com seus aparatos tecnológicos e sua racionalidade, previne as complicações, sugerindo a existência de um modelo de prevenção do parto e de alívio do sofrimento por ele causado (DIAS; DESLANDES, 2006; DINIZ, 1997).

Na experiência da maternidade e não apenas na experiência do adoecimento, não se pode deixar de compreender todo contexto de vida que os indivíduos e os coletivos enfrentam em sua existência, os quais possibilitam um significado aos cuidados em saúde e torna-o um ato de reciprocidade (COLLIÈRE, 1982). No entanto, a realidade de minha caminhada por suas trajetórias não deixa espaço para discussões sobre como os espaços não biomédicos são ocupados pelas mulheres durante a gestação, visto que estes espaços não existem no subsistema formal de cuidado na saúde suplementar. E se os mesmos existem não são valorizados ou não são compartilhados com as mulheres, visto que nenhuma delas relatou quaisquer atividades diferenciais fornecidas pelos planos de saúde. Não houve participações em quaisquer atividades que não estivessem presentes o profissional de saúde, quase que exclusivamente na figura do médico obstetra ou médico ecografista, estando sempre estas participações focadas aos procedimentos necessários de manutenção de um pré-natal saudável e seguro.

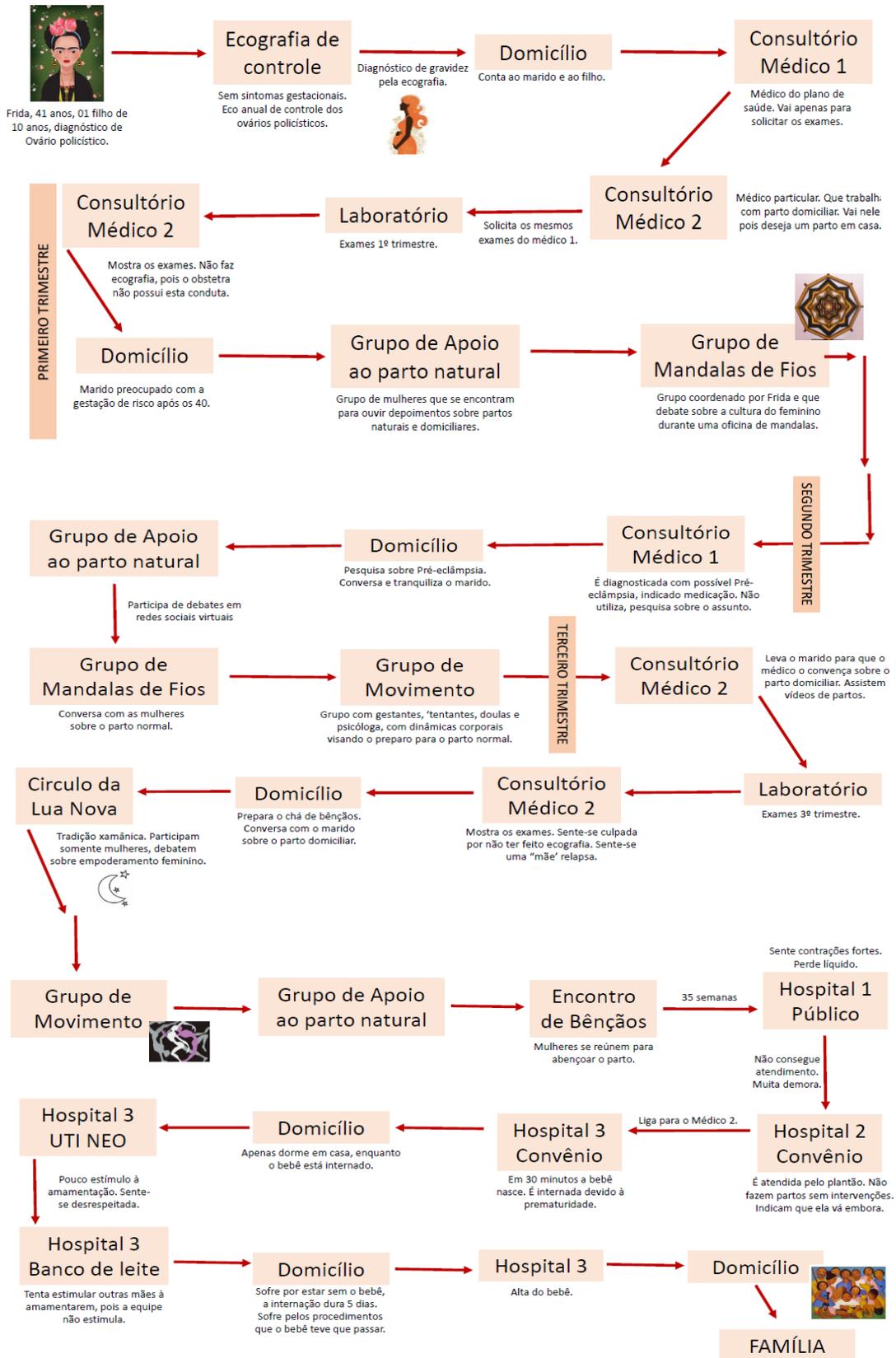
Portanto, fica claro nesta trajetória apresentada o quanto o modelo biomédico de atenção, voltado para o enfoque na doença e no risco, conduz o caminhar das mulheres durante a gestação até o momento do nascimento. E, ao circular por este caminho, cada vez mais é reforçado o mesmo discurso biomédico, na medida em que não se oportuniza a participação das mulheres em espaços coletivos e sociais que permitam novos olhares sobre a gestação, o parto e o puerpério.

No entanto, algumas mulheres desejam ocupar novos espaços, compartilhar novos olhares e vivenciar a gestação e o nascimento como um evento de não risco. Afinal, durante a experiência da maternidade e do parto, os sentidos de cuidado buscados pelas mulheres não são exclusivamente relacionados aos procedimentos intervencionistas, mas também são voltados para questões que indicam um cuidado em busca da integralidade.

E assim, surge a trajetória de **Frida**, marcada pela resistência ao modelo biomédico e medicalizante de atenção à gestação, uma busca por cuidados voltados para a integralidade e para o seu contexto social e cultural, objetivando um nascimento fora dos padrões determinados e legitimados pela ciência obstétrica. Nesta trajetória, o cuidado materializa-se para além do tradicionalmente instituído, fora das instituições de saúde (MATTOS, 2004), não se tratando apenas de aspectos técnicos, mas também estéticos, éticos e políticos (PINHEIRO, 2008), onde os vínculos e a formação de redes fortalecem a capacidade de colaboração e mobiliza os laços de solidariedade no cuidado à saúde (GERHARDT, 2009).

Para **Frida**, é a busca pela humanização do nascimento de seu filho, mas não a humanização normativa ou amparada em critérios biomédicos, mas sim sustentada por na ideia de “projeto de felicidade”, fugindo de um tecnicismo autonomizado e desenvolvendo ações compartilhadas de antecipação, escolha e negociação de uma vida boa (AYRES, 2006). Vejamos como se deu esse caminhar durante a gestação e o nascimento de seu bebê.

Figura 4 - Trajetória de resistência de Frida - Porto Alegre – abril/novembro de 2014



Fonte: Informações da pesquisa, 2014.

A trajetória de **Frida** inicia-se com um exame anual de rotina para controle dos ovários policísticos, uma ecografia realizada em um momento em que nem ela e nem o companheiro pensavam em ter filhos. Frida tem 41 anos e seu esposo está nos 50, não pensavam em engravidar e nem estavam planejando isso, até porque, devido ao diagnóstico de ovários policísticos, ela não conseguiria mais engravidar. Mas, ao realizar a ecografia de controle, lá está o bebê, inesperadamente a gravidez acontece, contradizendo os prognósticos biomédicos e epidemiológicos. Ansiedade, medo, insegurança, preocupação tomam conta de Frida, afinal ela está em uma idade “avançada” e de risco para a gravidez.

Contar ao companheiro é tarefa difícil, afinal nenhum deles estava esperando ou planejando serem pais mais uma vez. Frida possui um filho de 10 anos e seu companheiro, hoje com 52 anos, tem uma filha de 21. A família se assusta, repensa a questão da idade dela e questiona os riscos de uma gravidez nesse momento de sua vida. Mas ela não, Frida não questiona e já planeja como será sua gestação e o nascimento do bebê, lembrando do parto de seu primeiro filho, domiciliar e sem nenhum tipo de intervenção, o qual ela chama de humanizado.

Frida há dez anos atrás já era uma resistente e hoje, mesmo com outro companheiro que não tem tanta segurança quanto a um parto em casa, permanece em suas convicções e decide que sua tarefa é convencer o marido e fazer com que ele se sinta seguro quanto a isso. A solução é a informação.

Em sua trajetória ela inicia seu pré-natal, nada convencional, indo a um médico que atende pelo seu plano de saúde e que, logo de início já a categoriza como uma gestante de alto risco devido a sua idade, indicando uma cesariana por precaução. Ela vai a este profissional apenas para solicitar os exames laboratoriais do primeiro trimestre, pois, como deseja um parto domiciliar irá acompanhar com o único profissional obstetra que realiza esse trabalho em Porto Alegre, mas com financiamento totalmente particular, sem convênios ou planos de saúde.

É com esse segundo profissional que o vínculo acontece, mesmo que ela não consiga, devido as condições financeiras, consultar todos os meses com ele. Frida continua sua trajetória pelo laboratório, consultório médico e compartilhando sua vivência no domicílio, mas são nos grupos e nas parcerias na luta pelo parto humanizado que ela consolida e fortalece seus desejos.

Ela participa de um Grupo de Apoio ao Parto Natural, onde mulheres, casais e famílias compartilham as experiências de nascimento domiciliar e as vivências no pré-natal e puerpério. Eu acompanho ela neste grupo e percebo a riqueza no compartilhamento de emoções, sentimentos, desejos, angústias, ansiedades e informações, são mulheres apoiando umas às outras em suas escolhas, procurando, por meio das evidências científicas o respaldo legal e técnico para que possam ter seus filhos da forma que desejarem.

Consigo apreender que, por mais que o discurso científico seja o modulador dos saberes sobre a gestação e o parto a partir do olhar biomédico, também é por meio deste discurso que ocorre a validação dos desejos e escolhas das mulheres. Neste espaço de grupo elas discutem as evidências científicas, apoiadas por alguns profissionais presentes, tais como enfermeira obstetra e doulas, e as utilizam de forma a validarem suas escolhas sobre a forma como seu corpo e sua gestação será conduzido durante este processo.

Partos são relatados, dúvidas são discutidas, informações compartilhadas, militâncias pela humanização do nascimento acontecem ali mesmo, com o aval das mulheres e do conhecimento científico. No entanto, o que chama minha atenção são os momentos de sensibilização e encorajamento, onde o relato de uma fortalece o desejo da outra, onde a conquista do parto desejado por uma mulher indica que as gestantes ali presentes, mesmo que precisem lutar por isso, podem também ter seus desejos respeitados e valorizados.

Frida coordena um grupo de mulheres interessadas em empoderamento feminino, geração de renda e cooperativismo, intitulado Mandala de Fios e que tem por finalidade, debater estes assuntos enquanto as mulheres constroem mandalas com fios de lã. Nesse grupo ela medita, relaxa, discute sobre o feminino, conversa sobre suas escolhas em relação ao parto e escuta o que outras mulheres, estas do meio rural, têm a lhe dizer. Ninguém entende muito bem o porquê ela, uma mulher da capital, com todos os recursos e tecnologias disponíveis, quer parir em casa? Por que ela deseja sofrer afinal em um parto normal se pode fazer uma cesariana?

E esse é o mesmo questionamento que sua mãe e sua irmã lhe fazem. Sua família não entende seu desejo pelo parto vaginal, muito menos se for domiciliar: é loucura e risco, é inconsequente e perigoso. Seu companheiro ainda não se sente seguro para adentrar esta trajetória com ela e os únicos lugares em que ela encontra apoio para resistir são nos grupos em que participa.

No primeiro e no segundo trimestre sua trajetória é marcada por apenas duas consultas com o obstetra, uma visita ao laboratório para coleta de exames e nenhuma ecografia. Ela não acredita que sejam necessárias tantas ecografias e seu obstetra acompanha ela referindo que existem evidências científicas que corroboram pela não realização destes exames sem indicação clínica clara. O discurso científico legitima o que ela deseja não realizar na gravidez. Ela participa constantemente dos grupos de apoio ao parto e continua nos grupos de mandalas, sempre utilizando desses espaços para seu fortalecimento e confiança.

No terceiro trimestre ela começa a participar de um Grupo de Movimento, onde mulheres, gestantes, “tentantes” e doulas se reúnem para realizar dinâmicas corporais de preparo para o parto. É um grupo de conscientização sobre a corporeidade, sobre os “lugares” do corpo e que visa o empoderamento feminino e o conhecimento do corpo para o nascimento. Vou com ela nestes encontros, participo das dinâmicas corporais e sinto, em meu próprio corpo, a diferença que a conscientização corporal possibilita, a diferença na confiança e no empoderamento sobre mim mesma. E se faz isso comigo, consigo perceber claramente o quanto faz diferença para Frida, grávida, com uma barriga cada vez maior e precisando fortalecer-se para enfrentar as inseguranças dela mesma e do companheiro.

Como seguidora e estudiosa do feminino, Frida participa de um Círculo da Lua Nova, coordenado pela madrinha de seu bebê, onde significados da lua conduzem debates sobre o empoderamento feminino e a força da mulher e da natureza. E sua trajetória segue passando pelos grupos, mais uma vez pelo consultório médico e laboratório até que, nas 34 semanas de gestação acontece o encontro de benção, momento dedicado à energização de Frida e de desejos coletivos invocados para um parto tranquilo, sempre baseando-se na tradição xamânica das anciãs.

Em todos estes lugares eu estou junto, algumas vezes sensibilizada, outras emocionada, outras um pouco curiosa e algumas ainda incomodada. Afinal é uma trajetória que não conheço, não marcada pelas conduções biomédicas, um pré-natal que não possui todas as consultas preconizadas, onde nem todos os exames de “rotina” são feitos e ainda sem nenhuma ecografia. Para mim, enfermeira e marcada em minha trajetória profissional com o modelo medicalizante de cuidado, é difícil de acompanhar tantos caminhos e tantos lugares nos quais a gestação não é vista como de risco ou não exigem procedimentos de segurança.

A própria consulta com o obstetra não possui nada de “padrão”, nada de normatizações e, surpreendentemente, tem mais olhares e toques do que procedimentos técnicos e assistenciais. É na consulta que assistimos vídeos de partos domiciliares, que debatemos sobre as condutas humanizadas e que escutamos Frida falar. Sim, ela fala e não o obstetra, ela decide e não o profissional, enquanto o companheiro, atento a tudo, é convencido por ela de que ter seu filho em casa é seguro e tranquilo.

Sua trajetória torna-se intensa e com a presença de instituições formais de cuidado somente nas 35 semanas de gestação, quando ela entra em trabalho de parto espontaneamente e tem sua filha prematura. E é nesse momento que a força do sistema se mostra de maneira bastante cruel. Frida peregrina entre três hospitais de Porto Alegre em busca do respeito ao seu plano de parto, ouvindo desde “estamos cheios” até “é melhor você ir embora”. É somente na terceira instituição, onde chega praticamente parindo, que Frida consegue, com a legitimação do acompanhamento do seu obstetra, o parto mais próximo do que desejava.

Devido a prematuridade, sua trajetória continua entre o domicílio e o hospital mesmo após o parto, onde visita seu bebê na UTI Neonatal e estimula a amamentação no Banco de Leite Humano. Em ambas unidades seus desejos em relação aos cuidados com o bebê não são levados em consideração, o sistema apoderou-se de seu filho, e amamentar e cuidar de forma mais próxima do mesmo não lhe é permitido. Além disso, ela é intensamente culpabilizada pela prematuridade do bebê, já que teve uma gestação aos 41 anos e principalmente por não ter seguido um pré-natal conforme preconizado nos modelos obstétricos.

Após a alta da UTI neonatal, cinco dias após o parto, Frida e seu bebê retornam para casa, onde ela escuta as músicas que havia gravado para o momento do parto, concentra-se na amamentação do bebê e chora brevemente pelo luto do parto que não teve. Mesmo conseguindo que muitos dos seus desejos fossem viabilizados, a imprevisibilidade do parto prematuro provocou uma culpabilização pelas suas escolhas que a levava ao choro do puerpério.

Frida resistiu, construiu um caminho somente seu, apoiando-se em mulheres que possuíam os mesmos desejos e informando-se de tudo que era necessário para legitimar suas escolhas frente a família e a sociedade em geral. Mesmo assim, seguindo uma trajetória de resistência, foi no puerpério que o sistema de saúde conseguiu modular suas decisões, ao

empoderar-se do seu filho com o intuito de “corrigir” o que Frida havia feito de errado durante a gestação. E essa modulação deixou marcas na história de nascimento de seu filho, fazendo com que ela reviva o momento com um pouco de dor e sofrimento.

Nessa trajetória estive imersa em um olhar sobre a gestação e o parto com o qual não estava acostumada, uma visão não biológica apenas dos processos, mais social e cultural, onde as crenças, os valores e os modos de vida da mulher estiveram imbrincados em suas escolhas durante todo tempo. Ao acompanhá-la, pude ampliar este olhar em direção ao reconhecimento de que existem dimensões sociais e individuais, materiais e imateriais que constituem a busca pelos cuidados desejados, compreendendo que aspectos inerentes ao cotidiano dos indivíduos contextualizam suas experiências e que estas buscas são amplamente apoiadas nas redes sociais das quais os sujeitos fazem parte (GERHARDT, 2009).

Durante os caminhos que trilhamos juntas, em cada parada que fazíamos por lugares diferentes e dialogando com sujeitos diferentes de cuidado, pude visualizar suas crenças sobre a gestação e as formas que ela encontrava de fortalecimento e de apoio às suas escolhas. Ao trilhar o seu caminho, Frida utilizava rotas de fuga, traçadas em ativo movimento que, ao buscar alternativas para conjunturas próprias, impulsionava as transformações no mesmo sistema que buscava contornar (MEDEIROS, 2014).

Dessa maneira, é necessário visualizar a mulher como alguém que compartilha crenças, vivências e recursos práticos, adquiridos e ampliados ao longo de sua trajetória individual e coletiva e que, a partir de todos estes aspectos, constrói suas próprias trajetórias de vida e de cuidado. E, por ter sua trajetória marcada não apenas pelo modelo biomédico, Frida deixa a mostra o pluralismo terapêutico presente no caminho da gestação e do parto. No entanto esse pluralismo só se tornou possível por sua vontade própria, não houveram impulsos, estímulos ou movimentos que a levassem em busca destas múltiplas alternativas, ela mesma construiu e cartografou a sua trajetória, fortalecendo-a na medida em que encontrou outros sujeitos desejosos por trilharem os mesmos caminhos.

Assim, ao buscar os grupos de apoio, Frida adentrou o subsistema informal de cuidado, envolvendo o uso de recursos e de aconselhamento sobre questões de saúde com amigos, vizinhos e associações, baseando-se principalmente nas experiências próprias das pessoas envolvidas. Já ao buscar o acompanhamento de uma doula e ao participar dos círculos da lua, ela insere-se no subsistema popular de cuidados, onde encontram-se

especialistas de cuidado não formais, mas amplamente reconhecidos pela comunidade, que compartilham as mesmas crenças e valores e conduzem práticas dentro de um movimento de resgate de valores e concepções holísticas (KLEINMAN, 1988; SOUZA, ALEXANDER, LUZ, 2009).

Frida procurou fortalecer-se para o enfrentamento social que teria quando deixasse claro seu desejo por um parto domiciliar, informou-se, buscou apoio do coletivo organizado e tinha um profissional que corroborava com suas inquietações e planejamentos. Mesmo assim, na reta final de sua trajetória, permeada pela imprevisibilidade do processo de nascer, o sistema médico hegemônico deixou a sua marca, culpabilizando-a por suas escolhas e limitando-a a ter apenas uma parte de seus desejos respeitados, apenas aquela parte que dizia respeito ao seu corpo, não a que dizia respeito ao seu filho. Foi a forma velada e silenciosa, mas profundamente eficaz, do modelo dominante tomar para si a razão e deixar clara a mensagem que Frida, sem o auxílio tecnológico e sem percorrer os caminhos previamente estabelecidos, teria feito escolhas erradas e, de forma mais grave, escolhas de risco.

Sua trajetória de resistência foi única, individual, nenhuma outra mulher participante deste estudo percorreu caminhos sequer parecidos com o de Frida. Ela realmente resistiu, criou sua própria trilha, caminhou por suas próprias escolhas, mas sofreu com o discurso biopolítico obstétrico e regulador que exigia dela um comportamento mais adequado como mulher e como mãe. Frida, aos olhos do modelo biomédico, preventivista e individualista, teve o desfecho gestacional prematuro devido a sua irresponsabilidade e às suas escolhas equivocadas, já que almejou caminhar pela maternidade como dona de si e de seu corpo.

5 REVELANDO AS REDES SOCIAIS NO COTIDIANO DAS MULHERES-GESTANTES: “*porque ninguém gesta sozinho*”

Partindo do contexto em que as mulheres-gestantes deste estudo vivem e experienciam a gestação e o parto na saúde suplementar de Porto Alegre, neste capítulo procuro demonstrar como se configuram as redes sociais construídas no decorrer das trajetórias de cuidado. É por meio da rede social que sedimenta-se a identidade deste grupo, orientando-as frente as vivências de seu cotidiano e conduzindo-as pelos caminhos a serem seguidos (RUIZ, 2013).

Definidas como estrutura de relacionamentos sociais que cada sujeito mantém, as redes sociais incluem desde relacionamentos mais próximos (família e amigos) até relacionamentos mais formais (grupos, outros sujeitos e ambientes de trabalho), constituindo ligações importantes e que possibilitam diferentes tipos de ajuda. As redes sociais atuam podendo determinar atitudes, comportamentos e ações dos indivíduos, por meio do acesso a informação e recursos, estilo de vida adotados e crenças culturais compartilhadas (CHOR et al., 2001).

As redes sociais podem ou não oferecer diferentes tipos de apoio aos sujeitos, em diversos graus, possuindo efeitos benéficos quando possibilitam suprir os auxílios esperados, fornecendo apoio social (GRIEP, 2003). Nessa perspectiva, as redes sociais apoiadoras podem exercer influência na saúde das pessoas, incluindo esta influência como determinante social do acesso e da utilização dos serviços de saúde (GERHARDT, 2011).

Tendo como pressuposto que a rede social é esta “teia” de relações entre os sujeitos, um fenômeno que articula diferentes dimensões (RUIZ, 2013), procuro observar e analisar como ela se constrói na trajetória das mulheres, quem participa destas relações, os movimentos, os vínculos, a participação da rede mundial e as configurações que a “teia” pode apresentar. Procuro discutir como estas relações que circulam e movimentam-se junto com a mulher durante a gestação e o parto podem influenciar no seu acesso e utilização dos serviços de saúde, bem como na sua concepção de gestar e parir.

Constituindo as redes que apoiam e influenciam o caminhar das mulheres, marcando sua subjetividade e as incluindo em um coletivo de maternidade, aparecem as relações mais

próximas; as quais se localizam na família e na convivência com amigos íntimos; e as relações formais e externas, as quais acontecem nas esferas da vizinha, do trabalho e das instituições biomédicas de cuidado. Ainda no âmbito das relações externas, surgiram as influências marcantes das redes sociais virtuais e da mídia, trazendo para o debate questões ampliadas da rede e a forma como estas influências, mesmo que geograficamente distantes, podem ancorar novas maneiras de pensar e agir frente a gestação e ao parto.

Para compreender a dinâmica das redes sociais imbrincadas nas trajetórias das mulheres buscou-se, à luz das concepções de Geertz (2008), observar como a cultura que circula estas mulheres em seus contextos e espaços de vida determina suas formas de enxergar a gestação e o parto, ordenando suas ações e mediando suas escolhas. Para este autor, as ideias, imagens e emoções são artefatos culturais que os sujeitos, por meio de modelos simbólicos, utilizam para darem forma, ordem, objetivo e direção às suas vidas (GEERTZ, 2008).

Buscando-se a compreensão do papel do social nas trajetórias de gestação e parto, apresento neste capítulo as redes em seus contextos individuais e coletivos, procurando identificar contatos, relações, vínculos, falas que possam tornar vívida a forma como as mulheres enfrentam o “ser mulher-mãe” na sociedade. Assim como RUIZ (2013) o desafio é olhar para as redes sociais a partir do espaço em que elas acontecem, no momento em se movimentam entre o individual e o particular, suas estruturas, ações, permitindo-me vivenciar com as mulheres as suas experiências.

5.1 A família como rede social: maternidades inspiradoras e a hereditariedade das vivências

Malala, 23 anos, é a filha mais nova de um casal de classe média alta de Porto Alegre. Residente no bairro Teresópolis, ela mora com os pais e o companheiro, também com seus vinte e poucos anos, administrador de empresas e guitarrista de uma banda independente que mantém com amigos do casal. Eles estão juntos há seis anos e mantém um relacionamento estável e, de acordo com ela, tranquilo e de companheirismo. É no momento da descoberta da gravidez e do compartilhamento da notícia com os seus pais que começo a perceber uma dinâmica familiar mais complexa, relacionamentos familiares bem delimitados e difíceis, principalmente com o pai e a família paterna. Durante nossos encontros consigo visualizar alguns momentos em que as tensões entre ela e seu pai ficam expostas. E essa vivência muito particular entre Malala, seu pai e sua família, e as nítidas e fortes diferenças entre

estes e a família materna, tornam-se um pano de fundo (muito presente) que influencia diretamente nos ideais e concepções em torno da maternidade construídas por ela. Em nossas conversas, encontros, cafés e entrevistas, percebo duas coisas bastante importantes na história de Malala e que influenciam diretamente seus modos de enxergar a maternidade: sua relação com a natureza e os animais e sua relação com seus pais. Ambos os relacionamentos pairam em todos os diálogos que tivemos durante alguns meses, influenciando desde seus modos de enxergar a gestação e o parto, quanto suas escolhas e ideias em relação ao ser mãe e família. No entanto, estas relações são altamente influenciadas uma pela outra, determinando suas escolhas e motivações.

Malala possui uma ligação forte com a avó materna e sempre que conversamos ela faz referências a esta figura feminina de sua história. A avó é uma mulher guerreira, analfabeta, veio do interior ainda nova, com seus 4 filhos, sem conhecer nada e bastante ignorante em relação à cultura da cidade. Sofreu muito, perdeu três filhas cedo, teve outra roubada por senhores ricos de Porto Alegre e criou a mãe de Malala e o tio com muita dificuldade e pobreza, mas com um carinho que, como ela diz, compensa a falta de qualquer riqueza material.

Assim que sua mãe voltou a trabalhar, a avó era quem ficava cuidando dos netos. Ela passava toda semana na casa de Malala e somente nos finais de semana voltava para sua casa em Viamão, onde morava com o segundo esposo, com quem mantinha um relacionamento regado a violência. Malala conta que, em diversos momentos, ela chegava na segunda-feira com machucados e roxa, mas que como eles eram pequenos não entendiam muito o que acontecia. A avó era a mulher que ocupava as tardes com os netos, trazendo para eles as responsabilidades, mas principalmente o lado infantil das coisas. Era ela quem dizia não, de forma fundamentada e com respeito aos netos. Era ela quem criava os passeios mais divertidos. Era ela quem cuidava dos animais e quem influenciou essa relação de Malala com a natureza. Ela sempre dava um jeito pra tudo sendo um referencial de cuidado, amor e maternidade.

Sempre que conversamos sobre ela, Malala chora, se emociona e faz comparações com a família do pai, a qual possuía muitos bens materiais, mas tinham um relacionamento distante que se mantém até os dias atuais. Conta que, por mais pobres que sua avó e sua mãe fossem, sempre tinha algo de mágico e carinhoso no que faziam, até mesmo num Natal sem presentes e com uma ceia de pão dormido. Sua mãe é a pessoa que é hoje, por causa de sua avó e isso a marcou profundamente. Já na família paterna a distância sempre foi a palavra de ordem e Malala, em vários momentos, refere-se a sua avó paterna como uma “uma missão incompleta”.

A avó materna os transportava pro “universo de criança, o mundo infantil”, coisa que seu pai não consegue fazer hoje porque simplesmente não vivenciou. Ela cuidava com amor e carinho, coisa que sua avó paterna também nunca demonstrou ao seu pai. Com ela o relacionamento era aberto e verdadeiro, enquanto com a família paterna não havia nenhum relacionamento. Fica mais fácil hoje, como mulher-mãe, compreender seu pai, afinal agora ela consegue enxergar ele como filho e o quanto de relação faltou para ele. Malala deseja reproduzir com seu filho o relacionamento que sua avó, hoje com 83 anos e internada em uma clínica geriátrica devido à gravidade de um problema de saúde, teve com ela e seus irmãos. Deseja ser para o bebê o que esta figura feminina representou para sua mãe e para

si, trazendo o mundo infantil, dizendo não com carinho, cuidando de forma simples, amando a natureza e orientando com liberdade. Assim como deseja não reproduzir o que seu pai vivenciou como filho e não quer se parecer com a avó paterna, alguém que ela não conseguiu em nenhum momento me dizer o nome. Fica claro o quanto as diferenças familiares, entre seu pai e sua mãe, influenciam fortemente as concepções de maternidade que Malala possui. Entre a família materna, com sua falta de recursos, pobreza e carinho; e a família paterna, com seus recursos fartos e abandono emocional, fica para ela a ideia de que um meio termo é necessário: é preciso que seu filho valorize as coisas materiais, mas nunca se esqueça do que realmente tem valor. Ela quer cria-lo com todas as oportunidades materiais que for possível, mas sem nunca deixar faltar o carinho e a simplicidade necessários à construção do indivíduo. Nossos encontros, invariavelmente eram sempre regados a café, bolinhos, petiscos e agrados e sempre acabavam com algo sobre cachorros e avós. Não tem como não compreender que todas estas coisas influenciam diretamente como Malala constrói sua própria figura de mãe: ligada como o café, simples como os bolinhos, protetora como as cadelas e amável como as avós. Culturalmente, nesta história, cachorros, avós e café fizeram toda a diferença!

(Notas do Diário de Campo, 2014)

Revelar a família como a rede social de maior impacto sobre a mulher no período gestacional foi possível somente pela convivência que tive com cada uma das mulheres acompanhadas, adentrando seus espaços, participando de suas experiências e ouvindo o que elas ouviam. Estar dentro de suas casas e participar de seus diálogos e momentos possibilitou a compreensão mais aprofundada de como a família pode influenciar nas escolhas e nos caminhos percorridos pelas mulheres durante a gestação e no momento do parto.

Em muitos momentos vista como um apoio importante e em outros como um fator estressor, a família esteve presente em todas as histórias que acompanhei, ora acolhendo, ora pressionando, mas sempre próxima e pronta para atuar com ou pela a mulher. É na família e no espaço familiar que as trajetórias se iniciam e é no domicílio e novamente no espaço familiar que as mulheres encerram seu caminhar durante a gestação.

Não pretendo neste estudo reduzir a concepção de família aos aspectos de consanguinidade e reprodução biológica, mas sim entende-la como uma realidade construída a partir de um discurso sobre si própria, sobre como ela mesma se enxerga e se norteia, supondo que isso se faz na cultura, uma vez que seus membros se constituem na

cultura. Assim, família aqui é entendida não apenas por laços biológicos, mas principalmente pelos elos de sentido existente nas relações dos sujeitos que dela participam (SARTI, 2004).

A história de Malala nos permite compreender o quanto o *ser família* e a forma como ela se constrói pode impactar sobre a sua percepção do ser mulher-mãe e como ela deseja construir sua própria família. Esta relação social, marcada pelos elos de consanguinidade, mas construída sobre a força dos vínculos, é a base inicial de toda concepção de maternidade e de relacionamento existente para Malala, assim como para todas as outras mulheres acompanhadas neste estudo.

A família é composta por sujeitos com os quais se têm uma relação íntima e próxima, independentemente de ter-se o mesmo sangue. O que importa nessa relação e o que a torna essencial como rede são os vínculos construídos, a confiança conquistada e com quem se pode contar como apoio. Para Ruiz (2013) a rede familiar é composta não necessariamente por aqueles com obrigação do sangue, mas sim por quem deseja estar ali e confia para vincular-se.

As famílias como rede social das mulheres eram compostas basicamente por um núcleo de mãe, pai e irmãos, seguidos pelo núcleo familiar do companheiro, com o qual se estabelece uma relação mais próxima somente após a gestação. É a gravidez que aproxima as mulheres da família do companheiro, principalmente da sogra e dos cunhados ou cunhadas, quase sempre visualizados como mais experientes quando a assunto é maternidade/paternidade.

No entanto, conforme visto na história de Malala, é a família materna e, principalmente, as figuras da mãe e da avó, que impactam decisivamente nos olhares sobre a maternidade que esta mulher constrói durante a gestação. As mulheres desejam ser o que suas mães e avós foram, desejam cuidar de seus filhos como foram cuidadas e esperam que haja essa hereditariedade de saberes entre gerações. Suas mães e suas avós possuem experiências de maternidade inspiradoras e que elas desejam seguir, modificando-as a partir de suas realidades e concepções de mundo, mas mantendo a essência do 'ser mãe' a partir de suas experiências como filhas e netas. E esse não foi um desejo somente de Malala.

Considero como um exemplo de maternidade a minha mãe e a minha avó. Eu sempre fui muito, muito, muito agarrada com ela (a avó). A gente se

dava super bem. Ela teve 8 filhos e foi uma excelente mãe para todos sabe?! Uma pessoa assim sempre muito carinhosa, muito doce... Nunca, nunca vi ela pegar um chinelo pra nós, levantar a voz, xingar, pôr de castigo, nada. Meu pai e minha mãe saíam, viajavam, faziam alguma coisa e a gente ficava lá... Eu nem me importava. Morava ela e a minha tia...Podiam ser os três, não tinha problema nenhum. Ia até o cachorro pra lá. Então, pra mim, assim, não lembro uma vez de ter visto a minha avó braba. Inclusive o nome dela era Bibiana e esse é o nome da minha filha. (**Anita**)

Então pra ele (seu pai) deve ter sido difícil como filho, e aí eu penso o quanto eu não quero me parecer com ela (avó paterna), o quanto eu quero ser diferente disso que ela deu pra ele. Então eu acho que isso contribui muito pra minha formação assim de mãe, eu conseguir enxergar os meus pais como filhos eu acho que tem um reflexo muito maior do que enxergar eles como pais. E com os erros deles como pais eu me inspiro pra também não fazer o mesmo. Vejo o que eles acertaram, vejo o que eles erraram, mas eu acho que me ajuda mais a figura deles como filho do que como pais. Que é mais diferente pra mim, se eu olhar eles como pais eu julgo mais, bem mais, critico mais. (**Malala**)

A própria história de vida das mulheres e suas experiências como filhas, determinam suas concepções do que é importante, de quais tradições devem ser mantidas no cuidado de seus filhos e em quais aspectos a nova família deve seguir caminhos diferentes (OLIVEIRA, 2007). Aprende-se com o que seus pais e avós viveram, inspira-se no que eles fizeram de “certo” e deseja-se não cometer os mesmos erros.

A cultura familiar, com suas representações, afetos, fantasias e relações, e o imaginário cultural, com seus valores, ideias e crenças, conduzem os modos de ser e de estar no mundo, transformando e restituindo a família a partir de elementos que recebe dela (ALMEIDA, 2007). Portanto, o ser mulher-gestante-mãe para as mulheres deste estudo é mesclar suas experiências familiares com suas concepções de mundo, tendo inspiração em suas mães e avós e no modo como elas enfrentaram as diversidades e constituíram-se na maternidade.

A presença das avós e o apoio fornecido por elas possuem importância particular para as mulheres, tanto na execução de tarefas domésticas, bem como na participação das mesmas nas interações da família e em momentos de transição, tais como o nascimento do bebê (DESSEN; BRAZ, 2000). Nesses momentos as suas avós e as avós dos bebês costumam ser para a mulher figuras femininas de apoio, com as quais ela pode se espelhar e construir sua própria identidade materna (LOPES; PROCHNOW; PICCININI, 2010).

Tornar-se gestante e mãe é uma condição biológica e social que determina transformações biopsicossociais na mulher, os modos de se ver e de se enunciar como sujeito-mãe é historicamente construído (MARCELLO, 2005). E esta construção se dá a partir das experiências familiares femininas prévias.

Em relação ao parto também as histórias vivenciadas pelas avós das mulheres e por suas mães, inserem-se como uma quase “profecia” do que acontecerá com elas em sua gestação e parto. O tipo de parto vivenciado pelas mulheres inspiradoras da família e as experiências das mesmas em relação aos nascimentos, revelavam o modelo de parto que as mulheres desejam ter para si.

Eu pensava no parto como um parto normal, porque a minha mãe pariu de parto normal. Eu fui a única cesárea, foi eletiva pra fazer LT, mas os guris, meu irmão nasceu com quatro e duzentos. Meu pai assistiu, então o meu pai dizia, foi difícil, foi um período expulsivo difícil pelo que eles contam. Mas foi uma experiência tão boa pro meu pai, porque ele diz que ele ajudou o meu irmão a nascer. Então foi uma experiência tão boa. A minha mãe disse que o primeiro ela nem sentiu, que se for assim ela queria mais dez. Então as coisas são muito naturais. Minhas tias pariram, minha mãe, enfim. É tão natural. A minha vó pariu com parteira, a minha vó era a parteira da zona. Então são histórias tão boas em volta, que isso não me amedronta. (*Diana*)

É... A minha avó disse que na verdade ela nem sentiu dor. Ela chegou no hospital ganhando...Simplesmente em nenhum dos 3 filhos ela sentiu dor...Quando viu tava saindo... A minha mãe diz que o meu foi bem certinho...Ela perdeu o tampão. Daí ela entrou em trabalho de parto já no mesmo dia...Daí sentiu dores e me teve...Do meu irmão ela disse que só sentiu uma pressão, como se tivesse vontade de ir no banheiro. Foi no banheiro e aí viu que tinha uma coisa estranha. Foi pro hospital, chegou lá já tava nascendo, mal deu tempo de o médico entrar na sala... E a minha irmã foi cesárea...Uma porque ela tava demorando pra nascer e outra porque ela já queria fazer a laqueadura, né?! Aí ela fez cesárea, né? Os 3 partos, os 3 totalmente diferentes, né?! Fico nervosa, fico ansiosa e ao mesmo tempo fico irritada porque ai, é muita opinião.. Ai, eu queria parto normal. (*Anita*)

E eu acho que daí que vem de repente algum medo referente a minha mãe que teve nós 3 de cesárea, ela não tinha... quando fui eu, sou a primeira né. Então ela não tinha dilatação e aí eles forçavam um trabalho de parto e eu quase passei da hora, então eu acho que de repente o meu medo, um pouco, já começa aí. Então de repente de tanto escuta, de ouvi fala e tal, que eu quase passei da hora, que eu passei da hora praticamente e ficavam querendo induzi o parto normal e a mãe não tinha e ficava só lá, o máximo que ela teve 4cm de dilatação e não passava disso, então eu acho que de repente, inicialmente já, o meu medo já começa aí, porque eu sempre

escutei essa história. E aí depois não, os meus irmãos ela já entrou, chegou a entrar em trabalho de parto, mas ela já ia direto pra cesárea. (*Angelina*)

Nas histórias acompanhadas, as mulheres falavam com carinho sobre seus nascimentos, mesmo se as situações tivessem sido complicadas, e sobre como suas mães e avós tiveram seus filhos, deixando clara a admiração que sentiam por estas pessoas e o desejo por possuírem a mesma coragem de parir. Conhecer estas histórias de parto tornava-se uma forma de apoio aos seus desejos e uma força para suas escolhas.

Nesse sentido, Silva, Prates e Campello (2014) enfatizam a grande participação dos familiares e, principalmente, a mãe da gestante no processo de escolha do tipo de parto, influenciando a partir de suas vivências e experiências prévias. A expectativa das mulheres sobre o nascimento de seus filhos está enraizada nas experiências conhecidas e vividas por outras mulheres, podendo-se inclusive observar que mulheres cujas mães possuem experiência negativas e medo em relação ao parto sofrem mais no momento do mesmo do que aquelas cujas mães ou irmãs descreveram-no como satisfatório. Isso porque a mulher espera para si o que já havia acontecido com sua mãe ou familiares próximos (BEZERRA, CARDOSO, 2006; LARAIA, 2001).

Nos encontros com Malala o desejo por viver um parto normal sempre esteve presente, sempre foi mencionado e em nenhum momento velado. Sua mãe e sua avó haviam passado por partos normais, as mulheres inspiradoras de sua vida haviam vencido esta experiência e contavam para ela com um carinho estimulador, não havia motivos para ela não conseguir. Usando os conceitos de Geertz (2008), a vivência de maternidade e parto que sua mãe e sua avó possuíam são saberes pré-existentes que agem como fontes mediadoras de transformações sociais na gestação de Malala, orientando modelos simbólicos que a conduzem na trajetória para o ser mulher-mãe e para o seu próprio processo de parir.

Observa-se que a família, além de tornar-se parte fundamental da rede social das mulheres, contribui significativamente com as transformações vividas pelas mulheres, com as crenças que elas possuem sobre si mesmas e sobre a gestação e o parto e com as experiências que elas esperam vivenciar durante este período de suas vidas. Ocorrem continuidades e mudanças nas relações familiares, estimuladas pela chegada de um novo

membro, que contribuem para o fortalecimento de vínculos e para a configuração da família como um grupo ou “teia” onde as subjetividades das mulheres sejam desenvolvidas e apoiadas.

Sem nenhuma dúvida, durante meus acompanhamentos com Diana e seu companheiro, o que mais me chama atenção é a presença constante e apoiadora da família, principalmente a dela. Em todos os momentos eles estão presentes, sem intromissões exageradas, pois ela não permite, mas com presenças marcantes e fortes que apoiam e acolhem esta mulher. Me parece uma rede familiar de apoio e proteção, de encorajamento e segurança que, conforme relatos de Diana, surpreendeu até a ela.
(Notas do Diário de Campo, 2014)

A experiência da gestação confere diferentes significados para a gestante e para sua família, individuais e particulares a cada uma delas, mas dependente das socializações e convivências entre os membros da unidade familiar. Nesse sentido, a gestação é considerada uma experiência familiar, sendo importante pensar em uma família grávida, que apoia e transmite suas crenças e valores durante este processo (STUMM, 2013).

Portanto, ao considerarmos as famílias das mulheres-gestantes atendidas pela saúde suplementar em Porto Alegre, é importante ressaltar que as suas crenças e visões de mundo estão diretamente interligadas com suas condições de vida e os espaços e lugares sociais que elas ocupam. São famílias de classe média alta, moradoras de bairros com significativa qualidade de vida e com acesso a serviços e tecnologias de saúde diferenciadas da população em geral. São estas mulheres, avós, mães, tias, irmãs, as quais experenciam este mundo em seu cotidiano, que irão reforçar as escolhas das mulheres deste estudo em busca do melhor nascimento para seus filhos.

E, como podemos perceber, mesmo com maior poder aquisitivo e maior acesso as tecnologias, todas as mulheres desejavam partos normais, influenciadas diretamente pelas vivências de suas avós e mães com seus partos. No entanto, conforme iremos ver ao decorrer deste trabalho, até mesmo a influência familiar e a rede de apoio social presente na família, vivencia uma modulação de suas crenças e experiências que impulsionam às mulheres ao desejo e a necessidade de utilização da tecnologia dura e dos bens de consumo que envolvem o nascimento nos dias atuais.

5.2 Amizade, trabalho e comunidade como uma rede de proteção: “o mundo é mais gentil com a gestante”

Não só a família e os modos do social que a constituem exercem influência sobre o caminhar das mulheres durante a gestação e no momento do parto, os amigos e os colegas de trabalho mostraram-se como componentes importantes desta rede, fornecendo apoio, proteção e acolhimento em diversos momentos e ocasiões. Muitas delas passavam a maior parte do seu dia no trabalho ou na universidade e compartilhavam com as pessoas que ali se encontravam seus anseios, sentimentos e temores sobre a gestação e o parto.

Encontro Anita na universidade, aparência cansada, mão na barriga, pés inchados. Ela me olha e me diz, desabafando, que não aguenta mais, que sente-se cansada, com cólicas, dor na barriga e aquela sensação de que Bibiana irá nascer a qualquer hora. Como ela estava entre amigas, as mesmas a acolhem, a abraçam e dizem votos de estímulo, paciência e força. Uma delas relata sobre seus partos normais, encorajando-a a esperar e relatando que a vivência é compensadora. Outra estimula a ter paciência, dizendo olhando nos seus olhos que ela conseguirá ter sua filha naturalmente. Uma amiga, da área da saúde, refere ter assistido uma cesariana e que achou tudo horrível: pareciam que estava tirando um animal. Anita escuta tudo com atenção enquanto descansa sentada. Após me abraça e já parece bem mais confiante do que quando chegou. Sai acolhida e com um pouco mais de ânimo. (Notas do Diário de Campo, 2014)

A mulher engravida socialmente, ou seja, não isola-se em um contexto diferente, mas transforma-se dentro do contexto em que vivencia, insere novos papéis sociais em suas experiências, continuando a ocupar os espaços que já ocupava previamente a gestação. E nestes espaços e lugares, os sujeitos que as cercam também transformam-se, modificando a forma de olhar para esta mulher e a forma de estar com ela no seu cotidiano.

Mulheres próximas, amigas ou colegas de trabalho desejam compartilhar suas experiências e conhecimentos sobre maternidade. O espaço de aprendizado e de trabalho passa a ser um espaço privilegiado de informações, onde a gestante questiona, desabafa, informa-se e constrói o seu olhar sobre sua gestação, trazendo consigo a bagagem das experiências familiares e mesclando-as com os conhecimentos, crenças e culturas do mundo social que a cerca.

É nestes lugares privilegiados de encontro que a mulher-gestante sente-se apoiada, tramando novos contornos nesta rede os quais se sustentam pela teia do apoio social. Definido como um processo dinâmico e complexo de interação dos sujeitos com sua rede social e as trocas solidárias estabelecidas entre eles, o apoio social durante a gestação exerce influências importantes no comportamento e nas emoções da mulher tendo impacto sobre a experiência de maternidade. (RAPOPORT, PICCININI, 2006; DUNKEL-SCHETTER et al.1996).

As mulheres que acompanhei trabalhavam e estudavam, mantinham-se ativas socialmente, compartilhando desejos e ansiedades da gestação e informando-se sobre experiências prévias junto às outras mulheres com as quais vivenciava seu cotidiano. Foi no ambiente da universidade e do trabalho que elas debatiam sobre sua condição de gestante e recebiam apoio e estímulo sobre suas escolhas durante esse período. Outras vezes, nestes mesmos espaços eram pressionadas, oprimidas e questionadas sobre suas escolhas, situações que em muitos momentos fazia com que elas repensassem decisões já tomadas.

Mas, o que mais me chamou a atenção, foram os aspectos positivos que elas trouxeram dessa vivência em sociedade enquanto gestantes. Os relatos sempre contavam algo carinhoso feito em virtude delas estarem grávidas, sempre traziam palavras de estímulo ou ações realizadas para que elas se sentissem melhor. Amigas, assim como as de **Anita**, sempre estiveram próximas, apoiando e auxiliando, dando dicas, opiniões ou apenas acolhendo os temores e anseios da mulher.

As minhas melhores amigas, nós somos quatro, uma mora aqui e as outras duas na Europa. E aí quando a gente foi, elas eram as únicas que sabiam que eu não tava tomando anticoncepcional. E no mês seguinte eu já avisei elas. Então realmente aproxima, porque elas acabam participando da minha gestação, elas vão vir só depois que o bebê nascer. E aí elas acabam participando mais ativamente, querendo ou não aproxima. (**Diana**)

Eu tenho uma amiga minha que teve 5 filhos. E eu fico pensando que ela é muito magrinha, muito miudinha... E ela, hora fala bem, hora fala mal... Ela diz, não te preocupa que é a pior dor que tu já sentiu na tua vida, mas depois tu vai adorar. (**Jane**)

Fomos eu, meu marido e duas amigas no cinema (assistir um filme sobre partos). E daí, numa cena linda, a mulher parindo dentro da banheira e ele olhou: se eu tivesse ali eu caí de cara no sangue. Rimos todas. (**Simone**)

A presença de amigos, principalmente as figuras femininas, possuem um impacto no bem-estar emocional tanto na mulher, quanto de seu companheiro, afetando seus comportamentos, apoiando com estímulos e aconselhamentos e deixando para a gestante sentimentos de segurança, alívio e companheirismo (JUSSANI, SERAFIM, MARCON, 2007). Amigos também são vistos como pessoas que se pode contar para obter informações sobre a gravidez e em relação a saúde, bem como um apoio emocional em momentos de crise (PICCININI et al., 2012).

A experiência de amizade, embora vivida de forma subjetiva, é concebida e vivenciada com significados, normas e valores culturalmente definidos, tornando-se fundamentalmente um compartilhar de experiências e emoções constituintes da identidade do sujeito. Estabelecendo-se relações quase sempre com pessoas de origens sociais semelhantes e seguindo para trajetórias similares, os amigos são vistos como aqueles com quem é possível se expor, mostrar-se como se é verdadeiramente, sem medos e sem reservas (REZENDE; COELHO, 2010).

Mesmo com as dificuldades das relações nos ambientes de trabalho, visto ser este um local onde é esperado eficiência e produtividade e não emoção, estabeleceram-se também aí relações de companheirismo, apoio e cuidado com as mulheres-gestantes. Foi no ambiente do trabalho que algumas começaram a desconfiar que estavam grávidas, que realizaram o exame para diagnosticar a gravidez e que receberam proteção em momentos de complicações na gestação.

Aí quinta-feira lá no serviço eu comecei com cólica forte de novo, daí a chefe do meu setor passou a mão em mim e me levou pro Centro Obstétrico e não me disseram nada. Daí eu fiz uma ecografia, aí não dava pra ver nada ainda, dava pra ver só o saco gestacional. **(Anita)**

Então, eu fiz um beta no dia 7 de agosto, quando eu voltei a trabalhar, aí tinha algumas colegas que sabiam que eu tava tentando engravidar, que a gente fazia junto a tabelinha. Então assim, tem as pessoas que participaram né. Aí quando eu voltei, perguntaram: tu já ficou menstruada? Eu disse não, mas também o meu ciclo era irregular. Então no dia 7 quando eu voltei a trabalhar, eu disse que ia fazer o exame...já tava 30 e pouco dias que eu não tinha menstruada ainda, contando desde a última menstruação, daí eu fiz o beta e deu 400 e poucos e fui trabalhar. Todo mundo desde que descobriram que eu tava grávida, as colegas cuidam, cuidam da gente mesmo. **(Angelina)**

Jussani, Serafim e Marcon (2007) identificaram suporte espontâneo oferecido à gestante no ambiente de trabalho, referindo que este apoio possibilitou que a mulher se sentisse acolhida e protegida. Meneses e Sarriera (2005) identificaram que as redes sociais no trabalho podem funcionar de modo funcional ou disfuncional, o que produz efeitos positivos de bem estar dos trabalhadores ou podem levar a condições difíceis de vida sócio-laboral.

Observa-se que a mulher-gestante, ao realizar sua atividade profissional, sente diversos desconfortos físicos, principalmente durante os últimos meses de gravidez, restringindo suas atividades e alterando seu rendimento e agilidade, o que pode comprometer desde seu estado emocional até suas condições gestacionais (GRUDTNER; SPERANDIO, 2008). Por isso, é necessário proteger a maternidade das mulheres trabalhadoras, possibilitando que elas possam conciliar sua vida profissional com a vida particular e contribuindo para o término da discriminação que ainda existe contra a mulher no mercado de trabalho (PARREIRA, 2015).

Assim, nas relações entre as pessoas, no que diz respeito à individualidade ocasionada pelo trabalho, pode-se observar elementos de resistência e união (RUIZ, 2013). Como Bauman (2008) sabiamente refere: “a necessidade de solidariedade parece suportar as agressões do mercado e sobreviver a elas – mas não porque o mercado deixe de tentar. ”

E neste estudo, a solidariedade para com a gestante apareceu como uma força positiva e protetiva para as mulheres, na medida em que elas eram protegidas e cuidadas pelos colegas de trabalho, principalmente por outras mulheres que já eram mães, as quais participam dos momentos da gestação, preocupavam-se com o estado de saúde delas, compartilhavam experiências já vividas e forneciam informações mesmo quando não solicitadas.

No ambiente do trabalho elas foram acolhidas e protegidas, sua gestação foi comemorada e o nascimento de seus filhos aguardado ansiosamente, seus cargos, mesmo quando os afastamentos se fizeram necessários, foram mantidos e, inclusive, suas licenças facilitadas. Cabe ressaltar que apenas duas das mulheres trabalhavam no setor público, o restante era autônoma ou trabalhava em instituições privadas, possibilitando uma compreensão que, independentemente do tipo de vínculo empregatício que elas

possuíssem, suas colegas se identificavam com suas vivências gestacionais e acolhiam suas necessidades como se fossem delas mesmas.

Além dos amigos e colegas de trabalho, as ações positivas em relação as gestantes poderiam vir inclusive de quem nunca as tinha visto e de pessoas que nem eram conhecidas pelas mulheres. Pude vivenciar dois destes momentos de apoio em um passeio no shopping com **Leila** e em um diálogo com **Diana**:

Por todo passeio, em cada loja que a gente entrava, todo mundo tinha alguma coisa a dizer sobre a gestação e o parto e todos queriam saber de quantos meses Leila estava. Algumas pessoas perguntam pra que data Leila havia marcado o “parto” e ela, com naturalidade, responde que não marcou nada que quem decidirá é sua filha. Em uma loja uma vendedora questiona sobre qual será seu tipo de parto e quando Leila diz que será normal ela se anima e resolve contar que o seu foi normal e que foi muito bom, muito tranquilo. Leila escuta atenta e eu também, afinal é o primeiro relato positivo de um parto normal que escutamos. Pela forma como a mulher conta sua história fica clara a intensão dela de desejar coisas boas e boa sorte para Leila. Visivelmente, para ela, e também para mim, é bom para ouvir um relato positivo e estimulante. (**Leila**)

Eu adorei ser gestante. Já to me despedindo da barriga. Porque eu acho que a sociedade, o mundo, ele é mais gentil com as gestantes. No sentindo das pessoas deixarem de comer pra me dar comida. Sabe? No sentindo de abrir porta pra mim, estacionamento pra gestante. Teve um dia que tava um velhinho estacionando numa vaga de gestante. Aí o Sávio olhou "Não é de gestante?" Aí o senhor perguntou "Ela é gestante? E o Sávio "Sim". Daí o cara saiu com o carro pra gente estacionar. Umas coisas assim. Eu achei o mundo mais gentil com as gestantes. (**Diana**)

Cada mulher pode necessitar e desejar diferentes tipos de apoio, em diferentes momentos, quer seja orientações, ajuda prática ou palavras de carinho. Mesmo quando ela não solicita isso, apenas o fato de ela sentir que tem alguém com quem contar ou alguém que se importe, isso já impacta positivamente (RAPAPORT; PICCININI, 2006). Não interessava de onde as informações ou as ações vinham, a maioria das vezes elas traziam sentimentos positivos para as mulheres, tornando a gestação um momento de acolhida, mesmo que tivessem que enfrentar dificuldades pelo caminho.

Suas trajetórias foram marcadas por estes momentos de apoio, momentos em que a teia de proteção das mulheres se configurava também como uma rede de apoio e solidariedade. É claro que tanto a família, quanto os amigos e colegas de trabalho, exercem

influências tanto positivas quanto negativas, ora estimulando, ora desencorajando-as frente aos desafios da gestação, mas o que desejo salientar aqui é que, mesmo com momentos em que o apoio não era oferecido ou quando as participações de outros sujeitos não eram positivas para a mulher, o que ela guardava para si e o que a impactava profundamente eram os momentos de acolhimento e proteção. Esses eram sempre os relatados por elas e foram os que mais presenciei durante o acompanhamento, fato este que me surpreendeu, pois tinha a ideia que o impacto maior seriam das opiniões e participações desencorajadoras.

E, em cada um destes novos encontros entre elas e eu, sentia-me diferente, meus desconfortos com a pesquisa de campo e com a proximidade com estas mulheres aos poucos iam se desfazendo. A sensibilidade com a gestação nos aproximava e também me acolhia. Ao escutar suas histórias, andar por seus caminhos e a presenciar seus lugares e movimentos, comecei a não me sentir mais amarrada pelo biologicismo e a construir uma compreensão de que não seria mais a mesma pesquisadora que iniciou o acompanhamento destas trajetórias assistenciais, ou talvez eu esteja começando a refazer as minhas próprias trajetórias como mulher e pesquisadora. No fundo começo a me sentir privilegiada por estar adentrando esta rede e a acreditar que o mundo também está começando a ser mais gentil comigo.

5.3 A “mãe boa e a mãe má”: compartilhando vidas na construção do que é ser mãe

A partir das vivências de outras mulheres-mães, principalmente de sua mãe, avós e amigas, cada uma das mulheres que acompanhei foram construindo a sua própria maternidade e enxergando-se como mulher-mãe. As vivências das outras impulsionavam reflexões sobre como cada uma delas gostaria de cuidar seus filhos, como gostaria de educar eles e principalmente o “tipo” de mãe que elas desejavam ser. Surge em nossos encontros os enunciados da “mãe-boá” e da “mãe-má”, admitindo-se características que elas visualizavam de cada enunciado em si mesmas.

As concepções de maternidade das mulheres-mães são atravessadas por elementos do seu cotidiano, do senso comum, decorrendo da definição e construção de gênero feminino e do lugar social que a maternidade ocupa na sua própria definição de ser mulher

(DURO, 2006). Os modos de se comportar, de se ver e se enunciar como sujeito-mãe são contingentes, assim o modo de ser mãe é social e historicamente construído (MARCELLO, 2005).

Ser uma boa mãe ou ser uma mãe má foram enunciados constantes e que preocupavam as mulheres que acompanhei. Em suas trajetórias a preocupação em ser tudo o que se espera de uma mãe esteve sempre presente, desde as constantes preocupações em como agir durante o pré-natal para proteger seus filhos até como elas deveriam agir no futuro para servirem de exemplos aos mesmos. Claro que o que cada uma entendia ser um exemplo de mãe estava intimamente relacionado às vivências que tiveram no papel de filhas, mas somado às suas atuais experiências de vida, as quais tornavam a sua concepção de *boa* ou *má* mãe individual e subjetiva.

Isso porquê os significados que permitem às mulheres ser/fazer/sentir-se mães são construídos, as características anatômicas, funções biológicas, comportamentos e sentimentos de doação, cuidado ou amor ilimitados, quase sempre atribuídos ao feminino e necessários à maternidade, não possuem significado fixo, sendo produzidos e passando a ter algum significado somente no interior da cultura em que acontecem (MEYER, 2005). Afinal a gravidez e o nascimento são eventos sociais e ao mesmo tempo processos singulares e individuais, constituindo uma experiência humana significativa para todos que dela participam (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

A mulheres que acompanhei mostraram-se particularmente preocupadas com a sua construção como gestantes e mães, com seus sentimentos ambivalentes em relação a gestação e a maternidade e com o que se imaginava e esperava delas neste novo papel social. Ser uma mãe boa, prática, zelosa, cuidadosa ou uma mãe má e as definições que todos estes enunciados possuíam para cada uma delas, foram preocupações presentes em quase todos os nossos encontros, moldando suas trajetórias a medida que elas enxergavam suas ações e suas escolhas como sendo parte do enunciado de uma ou de outra forma de maternidade.

Mas o que é ser uma mãe boa? Que características uma mulher precisa pra ser uma boa mãe? Confesso que fiquei pensando muito sobre isso durante nossos encontros e no

percorrer dos caminhos. E são elas mesmas que definem, como que solicitando uma confirmação para suas concepções, o que seriam mães boas ou “mãezonas”.

Na verdade, a minha referência materna sempre foi mais a minha vó paterna, que morava junto. Sempre morou desde que eu nasci, mas antes, ela já morava junto na nossa casa e ela foi quem fez mais esse papel mais de mãezona. **Eu pergunto: Tu falou mãezona né? Quê que seria uma mãezona pra ti? Simone responde:** Ai, eu acho que pensar assim... A minha vó tinha muito disso assim. Eu não lembro, assim, de nenhum dia dela ficar brava, sabe. De nenhum dia ela brigar comigo e nem por isso ela deixou de me educar, sabe, de contribuir pra isso, pra minha educação. Então eu acho que é isso, ter uma lembrança positiva, sabe, e não aquela figura. Então, eu acho que, foi essa imagem que ela passou, assim, de mãezona mesmo, de ser carinhosa, de ter bastante ternura, mas não deixar de educar e disciplinar quando é preciso. Tenho bastante medo, assim, de não conseguir... De não conseguir educar tão bem, sabe? (*Simone*)

Tem uma pessoa que, desde antes do meu primeiro filho nascer, pra mim ela sempre foi uma referência de mãe, a Cida. A Cida tinha uma postura de mãe que era afetuosa e ao mesmo tempo também colocava limites, dava atribuições, tinha as regras dela, e ao mesmo tempo ela era muito zelosa desses filhos. Eu dizia pra Cida que ela era a madrinha do coração, porque era a pessoa que eu mais confiava se tivesse alguma coisa que eu tivesse que deixar o meu filho. A pessoa que eu mais confiava no estilo de lidar com os filhos, bem por essa postura que ela tinha, ao mesmo tempo pulso firme e zelosa, carinhosa e protetora, no sentido de tá muito atenta onde os filhos tão, o que tão fazendo, com quem andam, num sentido de saber o que tá acontecendo na vida dos filhos, muitos pais não dão bola. Então eu me via muito como ela, aquela coisa assim, ai quando eu crescer eu quero ser como a Cida. Eu admirava muito eu, bem como modelo, quero ser uma mãe como a Cida. (*Frida*)

Existe entre as mulheres um compartilhamento do que seriam modelos ideais de maternidade, mulheres que elas conhecem e admiram pelas formas que lidam com os filhos ou que encararam os desafios de ser mãe. Compartilha-se formas de cuidado que se enquadram no enunciado da boa mãe e pretende-se reproduzir estes modelos em suas vidas, compreendendo os mesmos como os esperados socialmente.

Meyer (2005) denomina esse processo de normatização do ser mulher-mãe como ‘politização contemporânea da maternidade’, onde contingências, tais como políticas e programas públicos, contribuem para re-significar a relação mãe-filho e re-inscrever o corpo materno em um regime de vigilância e regulação contínuos em busca de discursos de maternidade ideais e saudáveis. Assim, existem boas mães, moldadas social e culturalmente,

responsáveis por seus filhos desde a concepção e de quem são esperados determinados comportamentos, tais como podemos encontrar nas falas de **Anita** e **Malala**.

Uma pessoa assim sempre muito carinhosa, muito doce... Nunca, nunca vi ela pegar um chinelo pra nós, levantar a voz, xingar, pôr de castigo, nada. Nunca ouvi um não da minha avó. Mas, ao mesmo tempo, ela sabia pôr os limites, sabe? Tipo, não sei, era um jeito muito diferente assim, muito peculiar, porque nunca vi braba, nunca vi brigando e a gente respeitava e tudo.

(**Anita**, falando da avó, o tipo de mãe-bona que ela deseja ser)

Pra uma pessoa analfabeta, com todo esse histórico, conseguiu fazer a minha mãe a pessoa que ela é, então pra mim ela só poderia ter sido uma excelente mãe sabe? Então eu ia pra casa da vó e a vó era tri pobre, a mãe da mãe, eu ia pra casa dela as vezes final de semana pousar, e as vezes ela não tinha um tostão sabe, e ela deixava pendurado no barzinho lá aí ela comprava tudo que eu gostava, chegava lá tinha uma bolachinha, tinha um 'tody', e eu sabia que pro resto da semana ela provavelmente não ia te quase como comer sabe. Então eu pensava, depois que tu cresce na verdade é que tu entende o grau realmente de amor e de doação, da pessoa praquilo, pra tirar de si pra dar pra mim, que na verdade a gente era mais filho do que neto né. Mas o que eu acho que eu mais admiro na vó e que eu gostaria muito de levar pro meu filho é justamente essa coisa assim, ah tu é criança e tipo o teu universo é de criança sabe, eu não gostaria de tirar ele, eu não gostaria de mostrar pra ele antes da hora que o mundo não é bem aquilo sabe?

(**Malala**, falando da avó, o tipo de mãe-bona que ela deseja ser)

Espera-se das boas mães comportamentos de doação, amor incondicional, valorização da infância, ausência de violência física ou emocional e ao mesmo tempo ações disciplinares realizadas com carinho e responsabilização. Assim ser mãe é cuidar do filho, dedicar-se a ele, ser paciente, vinculando o desenvolvimento das crianças ao imperativo de que todas as mulheres devem cumprir esses deveres quando mães (MOREIRA; NARDI, 2009). Entender-se como boa mãe passa a ser um produto de determinado tempo e espaço e são esses ideais que influenciam fortemente o que se pensa e se discute sobre maternidade (MEYER, 2005).

Além disso, outras características para uma boa maternidade são valorizadas pelas mulheres que acompanhei, tais como idade e momento ideal para serem mães, número de filhos que elas devem ter para garantir um cuidado de qualidade e condições materiais que precisam estabelecer em suas vidas, aspectos que as enunciam como boas e adequadas

mães no meio social e cultural em que vivem. Moreira e Nardi (2009) chamam atenção para os enunciados produtores de maternidades contemporâneas, os quais consideram como mães adequadas aquelas com vidas estruturadas, apoio social, com até dois filhos, idade não muito precoce e nem muito tardia e com estabilidade e autonomia financeiras.

Nas falas de **Anita**, **Frida**, **Malala** e **Simone** estas concepções de boas e adequadas mães estão significativamente presentes, tanto que as fazem questionar se elas estão grávidas no momento adequado e esperado socialmente para que isto acontecesse.

E aí eu sempre dizia que eu queria muito ter filhos assim...Até brincava muito com o Rogério: “Vamo casa, vamo ter filho”... Mas sempre pensando em me formar primeiro né, e tudo. Mas aí quando eu descobri que eu tava grávida eu fiquei meio confusa assim... E agora, né?! Faculdade...Como é que meus pais vão reagir? Porque por mais que eu não seja tão nova assim né?! Que eu sabia que a minha mãe não veria problema nem meu pai assim, pela idade, mas eu moro com eles, né?! Morava com eles ainda... Não sou casada... E como é que o Rogério ia reagir? Então, tipo, eu fiquei, tipo na hora dá assim um... ao mesmo tempo que eu fiquei contente eu fiquei assustada assim...Fiquei desesperada...
(**Anita**, quando descobriu a gravidez)

Anita mora com os pais, tem um relacionamento de cinco anos com Rogério, o qual trabalha e possui vida financeira autônoma, mas ela ainda está na faculdade e sente-se presa à família financeiramente, além de se sentir nova para ter engravidado. Desejava terminar a faculdade, como esperado dela, para depois casar e ter seus filhos. No entanto, a gravidez veio antes do esperado por ela e por todos, trazendo a sensação de momento errado para ter acontecido, afinal ela não possui todos os pré-requisitos necessários para ser considerada uma mãe boa e adequada.

Malala também mora com seus pais, está cursando uma universidade e possui um relacionamento estável com seu companheiro há seis anos, mas ainda depende financeiramente de sua família. Sua gravidez, também não planejada, mas bem aceita e vivida como a de **Anita**, traz a marca da irresponsabilidade, do tempo errado e da inadequação. E isso fica claro quando ela descobre a gravidez e conta para sua família.

Ai quando eu engravidei foi muito ruim, porque o bebê não era planejado pra agora, era pra vir em 2016 por aí, que era quando eu iria me formar. Aí cheguei em casa, aí eu fui num brechó e comprei umas roupinhas, daí cheguei pro pai e mostrei assim (bota as mãos como se segurasse uma

roupinha na barriga), daí ele “Ah pra quem é isso? Pro teu sobrinho é muito pequena”, e eu disse assim “Não, é pra mim”, “Ah mas tu é muito grande pra usar isso!”, e eu com a roupinha na barriga né. E fiquei assim olhando pra ele, e disse “Pra mim”. Daí ele começou a fechar a cara, daí até hoje a única coisa que eu ouvi dele assim, do início da gravidez foi “irresponsável”, foi a única coisa que ele conseguiu me falar, “Como tu é irresponsável”. Mas enfim, fiquei tri magoada, chateada, fiquei umas 3 semanas, quase um mês, o primeiro mês inteiro da gravidez, sem falar com ele assim. Tipo me senti assim uma cadela corrida. Bem mal.

(**Malala**, contando da gravidez para seus pais)

Já **Frida**, com seu relacionamento estável e sua estabilidade e autonomia financeira, engravida aos 41 anos, uma mãe “velha” demais para a sociedade, e mesmo fugindo da sensação de inadequação, ela ainda traz em seus relatos um pouco da força desta influência. Afinal, socialmente, ela está colocando a sua vida e a vida de sua filha em risco sendo uma mãe em idade tão tardia e isso não é característica aceita para uma mãe boa.

No sentido assim: ah, mas com tua idade não é perigoso? Ah, não vai ter problemas de pressão? Ah, não vai ter problema de Diabetes? De diabetes gestacional... As pessoas assim meio assustadas com a ideia de que uma mulher de quarenta e um anos quer ter um filho, porque várias coisas assim são usadas como ideia de risco, e a idade é uma delas.

(**Frida**, comentando o quanto sua gravidez impacta a todos)

Já **Simone**, casada há alguns anos, graduada em uma universidade e financeiramente estável, sente que para ser uma boa mãe precisa dedicar-se totalmente ao filho, ser exclusiva dele, não conseguindo imaginar que possa ser uma mãe boa com mais de um filho para cuidar. Ela definiu que ficará somente com seu bebê atual e não pretender ter mais filhos, já que não consegue imaginar-se amando outra criança e dedicando-se tão bem aos dois como pode dedicar-se a um só.

Na verdade, nunca foi um consenso, mas a gente sempre quis ter um e não me imagino sendo mãe de dois. Posso tá enganada, sempre digo isso, mas a princípio não. Não sei se eu saberia dividir, sabe, da mesma forma a atenção pra dois filhos e como o meu marido já tem um filho, eu sempre penso que ele já tem um irmão, né! Então ele acha que a gente deveria ter dois, daí eu sempre digo que o útero é meu e eu que mando... Risos... E daí, a gente vai ter um só.

(**Simone**, convicta em ter um filho único)

A maternidade vem carregada de insegurança e de medo com relação ao compromisso de ser uma boa mãe e aos cuidados que elas devem dispensar aos filhos, sendo esta vivência um desafio para a mulher (STRAPASSON; NEDEL, 2010). Afinal ser mãe e, principalmente, ser uma mãe perfeita, implica preocupações e dedicação total com o filho referentes à saúde e ao desenvolvimento físico, mental e espiritual, protege-lo, alimentá-lo e amá-lo, é procurar fazer sempre o certo, informando-se das melhores e mais corretas formas de maternidade aceitas culturalmente (APPLE, 2006).

Ter mais de um filho implica em sofrer por não ser uma mãe exclusiva (AZEVEDO; ARRAIS, 2006). Ser mãe muito precocemente implica em não possuir condições financeiras ou autonomia para poder criar adequadamente seus filhos, sendo um desperdício de oportunidades futuras (BRANDÃO; HELBORN, 2006). Por outro lado, ser mãe tardiamente, mesmo que de forma programada, está diretamente relacionado às condições ideais para a chegada de um filho, mas produzem riscos biológicos preocupantes. Além disso, não se pode ser mãe em qualquer condição, é preciso estabilidade financeira, ser independente, ter carros ou casa, conquistas materiais, que as caracterizam como aptas a terem um filho (MOREIRA; NARDI, 2009).

Assim, ser uma mãe má ou inadequada é um constructo social, sendo os corpos grávidos e maternos constituídos como territórios de biopolítica contemporâneas, norteando práticas que produzem e atualizam o que a mãe deve ser, posicionando aquelas que desviam deste caminho como mães de risco (MEYER, 2005). No fundo, é a sociedade que estabelece, de várias maneiras, e por meio de uma polifonia discursiva, um modelo único de maternidade, de relações familiares e de relação mãe-filho possíveis (KLEIN; MEYER; BORGES, 2014).

Na vivência das mulheres que acompanhei, a preocupação em ser vista como uma mãe ruim está relacionada diretamente com o tipo de educação que elas desejam dar aos seus filhos, com as escolhas que elas pretendem fazer em relação a isso, sendo que, ao não aceitar totalmente o que os outros lhe indicam como certo, elas acabam assumindo o enunciado da mãe má. Todas dizem não se importarem com essa caracterização, que isso não as influencia em suas decisões, mas todas relatam em suas falas que isso poderá

acontecer, como que já se desculpando por não terem assumido o papel que desejam que elas assumam e da forma como esperam que elas sejam.

Fala que a mãe má é que corrige, que não brinca. E a minha irmã costumava dizer que ela era uma mãe prática, que pensava na parte prática, não no carinho. É que é muito o estereótipo de família *colgate*, assim...Mas eu acho que isso nem faz falta, na real. Mas eu gostaria de fazê isso com meu filho, de podê sê a mãe-amiga, essa que conversa, que é a mãe prática, que nem a minha irmã diz. Que resolve as coisas ou que te dá o caminho pra resolvê as coisas e tenta ser também, essa mãe coração, assim É, tentá equilibrá... Também não sei se eu vô consegui, porque as vezes, eu sô muito prática também. Eu já disse que eu vô sê a mãe má aqui em casa. O Duda é muito permissivo, assim, em tudo! Tem que ser pulso firme...Fica com o estereótipo da mãe má porque o pai permite tudo. Que ela corrige, ela que dá a palmada na bunda... Ela é a mãe má e o pai tá lá passando a mãozinha no cabelo...O pai dá carinho, o pai dá o ombro quando se machuca... É pra ele que a gente corre... Então, a gente acaba ficando com essa visão de mãe má. (**Jane**, e sua ambiguidade por ter características de uma mãe boa e má)

O Rogério tá sempre falando pros pais dele e eu pros meus aquela que já tão tudo babando. Que quando a gente disser não é não! Senão fica aquele refúgio, né?! A criança acaba aprendendo. Ela não vai vir pedir pra mim se ela sabe que eu vou dizer não. Ela vai vir pedir pra vó. Se a vó vai deixar, né?! E a minha mãe, né, pelo que eu vejo que o meu primo vem aqui e ele passa a mão em tudo... Eu chamo ele de “dedinho nervoso”...Porque ele passa a mão em tudo, tudo ele pega, sabe?! E minha mãe diz assim pra mim: “Ah, como tu é ruim, como tu é vai ser malvada!”. Não é ruim ou malvada, que ela (a filha) ia ter que aprender onde ela podia e onde ela não podia mexer. Claro, não é extremismo total também... Mas acho que tem que botar um certo limite assim, né?!(**Anita** e sua preocupação com a ideia de que impor limites é ser uma mãe malvada)

Além disso, ter uma visão não romântica da gestação também não é bem aceito pela sociedade. É preciso amar todos os momentos da gestação, desde as dores, as inseguranças, as dificuldades, os medos e as barreiras. Não é permitido sentir-se infeliz ou insegura com a maternidade, não é permitido não gostar de algum momento ou de não estar sempre sorridente com o fato de ser mãe. Socialmente não é aceito comportamentos e sentimentos não romantizados sobre a maternidade, sentir-se triste ou depressiva com alguma coisa não se enquadra no amor materno, devendo ser escondido ou negado.

Malala, Anita e Simone vivem essa ambiguidade de sentimentos, ora sentindo-se feliz pelos aspectos da gestação, ora sentindo-se perdidas, ansiosas ou tristes com toda

bagagem que a maternidade traz consigo. No entanto, exteriorizar estes sentimentos traz à elas sofrimentos e julgamentos que elas não desejam vivenciar.

É que também, eu acho que as pessoas têm uma ideia da maternidade como algo muito encantado. Tipo tudo é muito lindo, tudo é muito romântico. Mas não é bem assim. Eu não sei. Esses dias eu tava, essa semana mesmo pensando, tanta mulher queria ter filho, e de repente eu to passando por isso e agora nessa última etapa to me sentindo assim tão meio triste, não era pra eu tá mais feliz com isso?! Coisa esquisita. Daí eu fui ler e eu me impressionei com a quantidade de mulher que se sente triste no final da gravidez e logo que a criança nasce. E que se culpa. E que acha que é uma mãe ruim, ou que não gosta do filho. Pois é, teu filho tá aí, tá saudável, tá. Mas isso não é o que me deixa triste, não é o que me preocupa. Na verdade é eu me sentir triste nessas últimas semanas e eu nem sei porque. E aí tento me fortalecer com essas coisas de "O bebê tá bem, ele tá saudável, a gente poderia tá numa situação tri ruim".

(**Malala** e sua culpa por não sentir-se tão feliz como todos esperam que ela se sinta)

Eu não aguento mais. No final é muito incômodo. Tô louca que ela saia daqui.

(**Anita**, com 38 semanas de gestação)

Daí eu cheguei nas 30 semanas e comecei a senti falta de ar, dor nas costas... Não conseguia mais dormi, e aí eu penava: meu Deus, por que quê eu julgava essas pessoas? Porque é horrível e tu acha que é frescura, mas não é frescura! Realmente, é horrível. Quando eu digo que é horrível as pessoas se chocam um pouco até, porque eu queria tanto passar por isso, mas... Não desabona a parte boa. Adoro sentir ele mexê. Tô sempre alisando a minha barriga, tô sempre conversando com ele, acho maravilhoso, mas todo o resto não precisava. Banheiro toda hora, não consegui dormi, pé inchado, mão inchada... Essa parte é a parte ruim e tem a parte ruim. Acho que a gente não precisa dizer o tempo inteiro que é tudo bom, é tudo maravilhoso. Não é! Acho que não perde a magia da gravidez tu dizer que é ruim, que ter azia é ruim, que não consegui dormi é ruim. Tem o lado bom, acho que é um sacrifício por um bem maior.

(**Simone**, sobre o lado ruim da gestação).

Sentir-se mal com a gestação ou aceitar os desconfortos como sendo apenas desconfortos e não “bênçãos” da maternidade são sentimentos de ambivalência que as mulheres possuem. Sentimentos não esperados socialmente e não aceitos quando verbalizados. Afinal como elas podem não amar tudo que cerca a maternidade? Como podem não serem zelosas, afetuosas, cuidadosas nas vinte e quatro horas do dia como gestantes e mães? Culturalmente isso significa ou que elas já são umas mães más ou que provavelmente serão após o nascimento de seus bebês, o que faz com que sintam culpa por

todas estas ambivalências e, sempre após uma verbalização ruim, deve vir algo que lembre o quanto elas devem ser gratas pelo que estão vivendo: *'o bebê está bem, eu queria passar por isso'*.

A maternidade posiciona a mulher diante de situações que lhe exigem adaptação e reposicionamento de condutas, capazes de conferirem sentido a todas as suas vivências. A sociedade e a cultura supervalorizam os aspectos positivos desse momento, não considerando a dimensão sombria que a mulher pode experimentar, dificultando sua verbalização e levando-as a não revelarem umas às outras quando as situações conflitivas as incomodam (SARMENTO, 2015).

Mulheres que, apesar de assumirem a responsabilidade por seus filhos, exercem de forma diferente este papel e não encontram prazer em todas as atividades que o envolvem, são marcadas como mães ausentes ou mães ruins, produzindo modos inadequados de ser mãe (MOREIRA, NARDI, 2009; VINHAS, 2009). É o mito do amor materno, indo ao encontro da tese de Elizabeth Badinter (1985), em uma compreensão de que o amor materno não é inato, mas sim apreendido e desenvolvido, sendo a naturalização da maternidade construída socialmente por meio do modelo patriarcal e que buscava estratégias repressivas e de controle da mulher.

Em meus acompanhamentos, a naturalização da maternidade estava sempre presente, imposta veladamente, e subjungando as mulheres à sentirem-se inadequadas quando os seus sentimentos em relação a sua gestação e ao seu filho não condiziam com o que se esperava que elas sentissem. Somente após vários encontros com cada uma delas e já no final da gravidez, quando os desconfortos físicos e a ansiedade chegavam ao extremo, é que elas encontravam em mim alguém com quem podiam liberar essas suas sensações, sem pré-julgamentos e sem culpabilizando-se pelo que sentiam.

Foi apenas quando nossos encontros foram mais informais e o gravador foi esquecido por completo, colocado estrategicamente em meio a cafés, bolos, livros e filmes, que elas sentiam-se seguras e à vontade para verbalizarem o lado nem tão romântico da gestação. E esses momentos foram quase sempre regados a um pouco de lágrimas, alguns olhares apreensivos e abraços tranquilizadores. Afinal elas precisavam apenas compartilhar suas ansiedades, medos e dores, para alguém que não as fizessem sentir inadequadas ou

culpadas, alguém que não as olhasse estranhamente ou exigisse que elas desfizessem aqueles discursos.

Ser uma mãe-bona ou uma mãe-má são dois lados de uma mesma mulher, de uma mesma concepção de maternidade, nunca inacabada, nunca inadequada e sempre socialmente construída. Naturalizar a maternidade e o amor materno é a forma social de inferir que toda mulher deve ser mãe, que este é seu papel social e que ela deve seguir normas fixas para conseguir sucesso nesse projeto de vida. Quanto a mim, escuto, abraço, observo, respeito, sinto, sem me colocar como alguém que julga, mas como alguém que vive junto o que elas vivenciam: um pouco mulher, um pouco sujeito, um pouco pesquisadora e quem sabe até um pouco mãe (boa ou má?).

5.4 As redes sociais virtuais: participando de comunidades, compartilhando experiências e ‘curtindo’ o parto das outras

Mãe de primeira viagem é tudo de bom, sensações novas, cada dia uma descoberta incrível. Quando nasce um bebê, nasce uma mãe! Mas nem tudo são flores, tem aquele dia que o choro não para, o bebê não dorme, e acabamos carecas sem saber o que fazer. Criei esse grupo com o intuito de trocarmos ideias sobre nossos filhotinhos, dicas do que funcionou e o que não funcionou nos melhores e piores momentos! Sejam bem-vindas!

(**Malala**, criadora e moderadora de uma comunidade virtual)

Trago no início desta etapa de discussão o texto de Malala, criadora e moderadora de uma comunidade virtual sobre maternidade, da qual participam dezenas de mulheres-gestantes-mães com interesses bastante específicos. Este fragmento retirado da página virtual da comunidade, explicita o objetivo da mesma, deixando claro sentimentos, ambiguidades e necessidades de uma mulher “*mãe de primeira viagem*”, ao mesmo tempo em que caracteriza este espaço-lugar como um local de apoio e compartilhamento de informações.

Não foi à toa que escolhi este fragmento para iniciar a discussão sobre a utilização das redes sociais virtuais como componentes importantes da teia em volta das mulheres-gestantes-mães. Afinal **Malala** deixa muito claro na descrição da comunidade o que ela

espera deste ambiente: apoio, diálogo, experiências de vida, compartilhamento de informações e, principalmente, um ponto de encontro de sujeitos com interesses afins. A característica desse ponto de encontro é que ele não possui um lugar geográfico específico e não exige encontros face-a-face para que as trocas aconteçam, podendo participar, portanto, “*mães de primeira viagem*” de qualquer lugar do mundo.

Essa busca por apoio, informação e compartilhamento de experiências de vida nos ambientes virtuais, não esteve presente somente na trajetória de **Malala**, mas transpassaram continuamente as trajetórias de todas as mulheres acompanhadas, criando laços e relacionamentos que influenciaram substancialmente suas ideias, valores e concepções sobre a maternidade e o parto. As redes sociais virtuais surgiram como um espaço-lugar de debate, diálogo e conversas, servindo como um guia desde a escolha do obstetra ideal até o compartilhamento de dicas para fugir da influência desmedida dos familiares nos cuidados com o bebê.

Opiniões, quase sempre fundamentadas na Medicina Baseada em Evidências (MBE), eram fornecidas continuamente, pesquisas eram feitas em *sites* de busca, blogs reconhecidamente confiáveis no ambiente virtual eram compartilhados como fontes a serem seguidas, vídeos sobre parto e cuidados com o bebê eram vistos e revistos, mostrados aos companheiros e familiares. Na rede virtual o que se encontrava de interessante ou o que fortalecia suas ideias e desejos era compartilhado e *curtido*, para que ficasse público o que elas pensavam ou acreditavam sobre a maternidade e o momento do parto.

Nesse sentido, cabe refletir um pouco sobre as redes sociais virtuais e o que tem sido produzido e discutido sobre essa temática, visto tamanha sua relevância na construção da concepção de ser mãe e de parir/cuidar para as mulheres desta pesquisa. Trago para o debate alguns autores importantes, tais como: Manuel Castells e Howard Rheingold, dentre outros, os quais vem desenvolvendo estudos sobre o ciberespaço, as comunidades virtuais e a cultura moderna, procurando compreender como estes novos ‘lugares de interação’ constituem-se como partes dos sujeitos.

O surgimento e o desenvolvimento das tecnologias da informação e comunicação com o aperfeiçoamento da comunicação mediada por computadores, bem como o despontar da internet e dos ambientes virtuais, tem contribuído significativamente para a

reorganização de sistemas locais, políticos, sociais e econômicos (CORRÊIA, 2004). Tais modificações provocaram mudanças significativas na forma de interação entre os indivíduos, no modo como cada um entra em contato com os outros ao seu redor, traçando novos contornos sobre as redes sociais e tendo como resultado o surgimento das comunidades virtuais (COSTA, 2005).

No campo cultural, o impacto tecnológico refletiu em uma nova cultura, a cibercultura, trazendo consigo uma nova forma de estabelecimento de relações sociais por meio de redes, a sociabilidade. Surge a cultura da virtualidade real, a qual substitui formações estáveis de lugar e identidade dos sujeitos por arquiteturas mais flexíveis, com geografias variadas e movimentos flutuantes, para os quais não existem fronteiras estabelecidas de forma rígida (CASTELLS, 2008).

Passa-se a viver em uma realidade onde as barreiras espaciais, temporais e geográficas não são demais significativas, já que redes globais de intercâmbio conectam e desconectam os sujeitos, entrelaçando-os em eventos sociais à distância, mas com contextualidades locais (GIDDENS, 1991). Para Fragoso, Rebs e Barth (2011) trata-se de lugares-espacos multiterritoriais, caracterizados pela superconexão de territórios e pela fluidez espacial dos trânsitos, vinculando os indivíduos não por proximidade territorial, mas por identidades e interesses próximos.

Assim, surgem as comunidades virtuais, definidas por Rheingold (1993) como agregações sociais que emergem na internet quando um número de sujeitos conduz discussões públicas por um tempo determinado, com emoção e formando teias de relações no ciberespaço. Para ele as comunidades virtuais não eram apenas lugares onde as pessoas se encontravam, mas um meio coletivo de atingir algum fim.

Nas comunidades virtuais os sujeitos envolvem-se com pessoas que compartilham de algo em comum, com as quais tenham alguma identificação, uma forma de reconhecer-se nos outros. Nestes espaços-lugares geram-se identidades culturais, onde indivíduos buscam aproximar-se de pessoas que tenham os mesmos interesses, sendo isso o que transmite aos seus membros um sentimento de pertencimento (CORRÊIA, 2004).

Durante os meses que acompanhei as mulheres participei junto com elas das mesmas comunidades virtuais, todas envolvendo a maternidade, o parto ou os cuidados com o bebê. Todas elas buscaram essas comunidades com o único objetivo: encontrar outras mulheres que estivessem passando pelo mesmo que elas, gestantes, preocupadas com o parto e com o que as espera após o nascimento dos seus filhos. O objetivo era encontrar alguém com quem elas se identificasse e, assim, conseguissem o apoio esperado.

Muitos foram os diálogos virtuais que presenciei e participei, muitos foram as campanhas que me incluí junto com elas e, em alguns encontros presenciais das comunidades virtuais, também participamos. As comunidades quase sempre evocavam movimentos de resistência aos padrões construídos de maternidade e, principalmente, ao modelo medicalizante do parto. Forneciam informações, compartilhavam evidências científicas e sempre contavam com o apoio, ou em muitas delas a moderação, de profissionais da área da saúde envolvidos no processo de humanização do parto e nascimento em Porto Alegre.

Fotos, imagens públicas, cartazes, folders, apresentações, ilustrações, muitas formas eram utilizadas para compartilhar informações ou experiências, muitas, as vezes, com tom irônico e desafiador. Rapidamente as publicações, os encontros e as imagens estavam na página inicial das redes e comunidades virtuais de todas as mulheres que acompanhei, cercadas de comentários, críticas, sugestões e opiniões e, quase sempre, acompanhados da resposta delas sobre cada assunto debatido.

As questões envolvendo o atendimento das mulheres durante a gestação e o parto na saúde suplementar do município estiveram presentes nas discussões, quase sempre com informações sobre médicos que atendiam nos planos de saúde, os percentuais de parto e cesariana destes profissionais, a qualidade das instituições vinculadas e as orientações recebidas no pós-parto. Listas de profissionais ditos “mais humanizados” ou de hospitais que aceitavam doulas e que respeitavam a lei do acompanhante circulavam publicamente pelos membros das comunidades.

Fiz questão de trazer algumas imagens públicas das comunidades virtuais que as mulheres deste estudo participaram, pois as imagens conseguem refletir exatamente os valores, as ideias e as concepções de maternidade e parto que os membros destes grupos

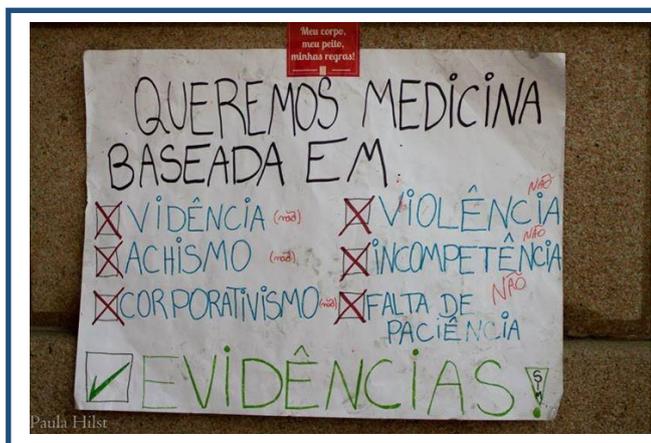
compartilhavam e debatiam entre si. Reitero que as imagens são públicas e muitas não possuem referências aos autores das mesmas.

Figura 5 - O despertador do nascimento



Fonte: Extraída da rede social de Frida, 2014.

Figura 6 - Cartaz Medicina Baseada em Evidências



Fonte: Extraída da rede social de Leila, 2014.

Figura 7 - Tome informação

Fonte: Extraída da rede social de Frida, 2014.

Figura 8 - Desnecesária

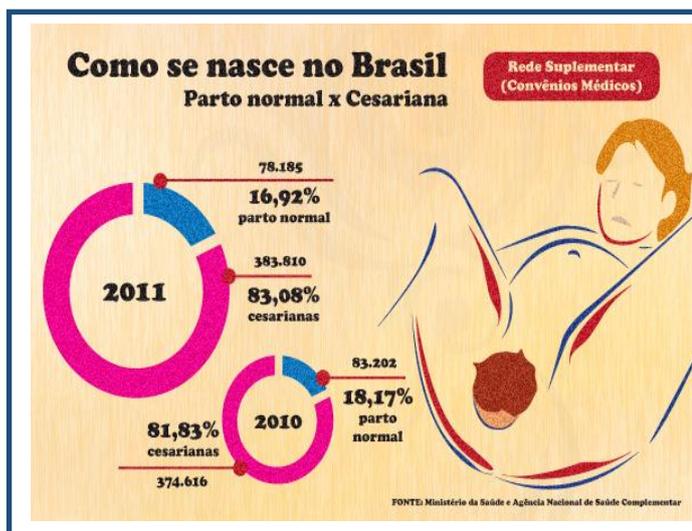
Fonte: Extraída da rede social de Malala, 2014.

Figura 9 - Carta ao pediatra



Fonte: Extraída da rede social de Frida, 2014.

Figura 10 - Como se nasce no Brasil



Fonte: Extraída da rede social de Leila, 2014.

Figura 11 - Deixa nascer



Fonte: Compartilhada por Frida em sua rede social após ser extraída da rede social de um profissional de saúde considerado referência na humanização do nascimento em Porto Alegre, 2014.

A integração potencial de texto, imagens e sons nessa nova forma de comunidade, interage a partir de pontos múltiplos, no tempo escolhido e em uma rede global, com condições de acesso aberto e acessível a todos, mudando de forma fundamental a comunicação e moldando a cultura em que nos inserimos (CASTELLS, 2008). Portanto compartilhar informações, imagens e textos é também compartilhar valores e interesses, promovendo o fortalecimento da rede e respaldando os processos individuais e coletivos (TOMAÉL; ALCARÁ; DI CHIARA, 2005).

Ao visualizar as comunidades virtuais que as mulheres participavam, pude perceber quais os movimentos que elas faziam em busca do seu estilo próprio de maternidade e do tipo de parto que desejam ter, perpassados pela cultura e o contexto em que estão inseridas. **Malala** fazia parte de uma comunidade virtual sobre maternidade ativa, **Frida** participava de grupos sobre nascimentos humanizados e empoderamento feminino, **Leila** debatia energicamente concepções do feminino na modernidade e o papel social das mulheres-mães, **Diana** e **Simone** buscavam comunidades que tratavam de questões científicas sobre o parto, **Anita** e **Angelina** gostavam de participar de grupos que discutiam sobre amamentação e **Jane** buscava nas comunidades modelos de parto que mais lhe interessavam.

Medeiros (2014) identifica as comunidades virtuais como uma potência para produção de novas subjetividades no plano da gestação e parturição, inferindo que os medos e inseguranças das mulheres podem ser enfrentados através dos seus movimentos e fluxos no ciberespaço, pela troca de informações e pela composição de redes de apoio em seu enfrentamento. Dessa maneira, movimentar-se em busca de informações é também criar espaços de aprendizagem, tornando o ambiente virtual propício ao desenvolvimento e a inovação nas formas de pensar e agir dos sujeitos envolvidos (TOMAÉL; ALCARÁ; DI CHIARA, 2005).

A busca por informação impulsionava os movimentos das mulheres pelas comunidades virtuais, mas os conhecimentos eram construídos no encontro com o outro, no encontro com os outros sujeitos e membros das comunidades, sendo estes, quase em sua totalidade, outras mulheres. Chamo a atenção para **Frida** que, após o nascimento de sua filha, junto com outra mulher-mãe, construiu uma comunidade virtual com informações

científicas e experiências individuais sobre a amamentação, buscando compartilhar saberes construídos pelo seu ser mulher-mãe em conjunto com os saberes científicos e validados socialmente.

A comunidade virtual criada por **Frida** e sua amiga ganhou o nome de “**Mães que amamentam**”, possuindo identidade visual própria, criada por ela mesma, objetivos bem definidos e incluindo novas postagens e informações diariamente. Trago aqui uma das postagens públicas de **Frida**, recentemente publicada e que traz um pouco das angústias, ansiedades e desafios compartilhados por ela e por todas as mães que amamentam e participam de sua comunidade.

Figura 12 - Página retirada de rede social de Frida (autorizado pela autora)

Mães que amamentam
18 de fevereiro às 08:30

pulam carnaval! E não é em nenhum salão de um clube famoso não. Muito menos o carnaval de rua, da avenida, dos foliões que vão atrás do trio elétrico naqueles três dias do mês de fevereiro. Mães que amamentam pulam carnaval em muitas noites insones embalando seus bebês que resmungam, choram e só se acalmam na teta.

"Mamãe eu quero, mamar, mamãe eu quero, mamar, mamãe eu quero mamar..."
a marchinha ecoa na mente dessa mãe. E a cada tentativa de colocar o bebê no berço, ela se repete por conta dos resmungos desse bebê clamando por voltar pro colo. A mamãe segue o baile e dali a pouco nova tentativa de berço. O bebê nem resmunga mas abre o olho, bem arregalado, como que clamando:

"ô balancê balacê
quero dançar com você
Entra na roda morena pra ver
Ô balancê balancê
Quando por mim você passa
Fingindo que não me vê
Meu coração quase se despedaça
No balancê balancê"

A mãe se compadece de dózinha desse filhote e lá vão eles pro balancê balancê!!!! E depois de muita dancinha, passinho, embalo ensaiado, cantorias e sussurros, parece que o cansaço faz a cria se entregar ao sono.

"Allah-lá-ô, ô ô ô ô ô ... Mas que calor, ô ô ô ô ô"

Já amanhece o dia, cansada e suada de tanto baile, muitas vezes esse é o hino de uma mãe que só queria um banho de 5 minutos e o direito de deitar e dormir. E pra você, qual marchinha tem feito você pular carnaval por aí com seu bebê???



Fonte: Extraída da rede social de Frida, 2014.

Assim como **Malala, Frida** fez do espaço-lugar das redes sociais virtuais, o seu espaço de “*desencaixe*”, como diria Giddens (2002), buscando aproximar-se de outras mulheres com interesses próximos e comuns aos seus, independentemente de tempo, espaço ou localização geográfica. Portanto, percebemos que os dispositivos de comunicação na virtualidade emergem como respostas à fluidez característica da contemporaneidade, formando novos substratos necessários à dissolução das individualidades e identidades hegemônicas atuais (BAREMBLITT, 2010; MEDEIROS, 2014).

Assim, todas elas buscavam nas comunidades virtuais que participavam ou comandavam muito mais do que informação, mas principalmente identificação. E foi essa identificação que resultou em redes de apoio poderosas e significativas, capazes de mover as trajetórias das mulheres para outros espaços e contextos não pensados inicialmente. Foi por meio destes planos moventes que elas descobriram grupos de apoio em Porto Alegre, dados sobre atendimentos na saúde suplementar, lugares que deveriam fugir, profissionais a serem eliminados das listas dos planos de saúde e formas diferentes das culturalmente aceitas para gestar e parir. E, após viverem estas experiências, faziam questão de compartilharem as mesmas, alimentando uma rede da qual elas continuavam fazendo parte, mas agora como mulheres que podiam indicar caminhos a serem seguidos.

Se puser na internet acha tudo, vai pesquisando e ai antes de vir pra cá eu já queria ter uma consulta com a doutora Sandra, já sabia de dois obstetras que eram humanizados, ela e o Richard, mas o Richard eu nunca queria ir com ele, porque ai é homem e ai eu não me sinto a vontade. E ai eu já queria vim consultar com ela desde antes de viajar, ai cheguei aqui em janeiro, até... Então, já peguei referência pela internet, que ai um recomenda, dai bota o nome no Google, vai procurar currículo, vai procurar tudo. Mas, vem um pouco de pesquisa e um pouco de recomendação, que daí nesse meio tempo já tinha conhecido a mulherada lá do grupo, a doula e tal e já tinham me falado muito bem dela, que me deixou mais segura ainda de tudo que eu já tinha pesquisado.

(**Leila** e sua busca por informações na internet)

Outro movimento importante de ser destacado nas redes e comunidades sociais virtuais é o compartilhamento de experiências de parto, sejam elas exitosas ou não, independentemente do tipo de parto realizado ou da experiência vivida. Conhecer o parto das outras, ‘*curtir*’ suas experiências e aprender com elas, era uma preparação para o que

elas mesmas iriam vivenciar e escolher. Comunidades que elas participavam promoviam relatos de parto, escritos ou filmados, fotos de nascimentos, opiniões de “*experts*” sobre as experiências vividas e indicações de locais em Porto Alegre e no Brasil que elas encontrariam diversos tipos de atendimento.

Para **Jane**, a busca nessas comunidades pelos vídeos e experiências de parto, fez ela perceber o que gostaria ou não para o nascimento do seu filho, o que ela iria incluir ou não nos seus planejamentos de parto, sempre dividindo com o companheiro estas experiências. Por meio do que ela viu nas redes sociais, ela decidiu pelo parto que mais se encaixava com seu estilo de ser mulher-mãe.

Eu tava tipo, a mãe Google. Qualquer dúvida eu cato no Google. No início, assim, bem naquele início... Ai, bom, vou ser mãe... Eu até pensei em parto humanizado. Aí eu comecei a ver os partos humanizados e aí eu comecei a achar tão anti-higiênico e tão... risos... E eu não conseguia achar tudo aquilo lindo, e aí eu fui tirando algumas ideias que eu tinha na minha cabeça, pela pesquisa na internet.

(**Jane**, pesquisando sobre partos na internet)

Aí ele: “ Ai, não sei se eu vou conseguir ver?!” Porque eu comecei a fazer uns testes antes, né?! Fui mostrando vídeos na internet, mostrando uns partos...E ele não reagiu muito bem assim...Ele fazia assim e fechava os olhos...E daí eu: “ Ai, amor, por favor não desmaia!”. E ele: “Não, acho que desmaiar eu não vou, só não vou conseguir ficar olhando...”

(**Anita**, mostrando vídeos de parto pro companheiro)

Para Medeiros (2014), compartilhar cenas de parto é publicizar um evento íntimo, permitindo o acesso livre para quem quiser e puder contemplar este momento, “*fala-se da dor, fala-se das sensações, fotografa-se o sangue indesejado das intervenções, ou o sangue que flui como vida pulsante.*” E nesse processo o que é vivido é relatado, compartilhado, escancarado, produzindo questionamentos sobre as condutas assistenciais, denunciando categorias de violência e principalmente apontando possibilidades para o parir, influenciando essencialmente a produção de subjetividades (MEDEIROS, 2014).

De certo modo, o compartilhamento é uma ação on-line, uma ação que leva o sujeito que visualiza e compartilha algo a avaliar suas próprias opiniões sobre diversos assuntos (BERGER; MILKMAN, 2012). Conteúdos com emoções fortes ou positivas tendem a gerar extroversão, fazendo com que as pessoas queiram participar daquele momento dos outros,

“curtindo” com mais frequência os compartilhamentos e também desejando viver aquelas emoções (FEITOSA; BOTELHO, 2014).

E isso fica claro nas cenas de parto visualizadas nas comunidades virtuais e compartilhadas pelas mulheres que acompanhei. Abaixo algumas imagens compartilhadas nas comunidades e pelas mulheres acompanhadas.

Figura 13 - Imagens de parto compartilhadas nas comunidades virtuais



Fonte: Extraídas das redes sociais, 2014.

Entre cenas e relatos de parto que elas desejavam e outros que elas queriam evitar, era por meio destes compartilhamentos que suas próprias opiniões eram construídas, influenciadas pelas experiências de outras mulheres e pelas informações que circulavam constantemente nas redes sociais. Castiel; Vasconcelos-Silva (2002) chamam a atenção para a disponibilização de dados e informações pela internet poderem ampliar o acesso das populações sobre questões cruciais de sua vida, podendo reduzir desgastes e ansiedades decorrentes das incertezas que se insinuam nas práticas em saúde.

Para Santaella e Lemos (2010) as tecnologias de comunicação atuais, as comunidades móveis, a blogosfera, a explosão das redes sociais virtuais e as mensagens em tempo real produzem uma mente coletiva, uma nova forma de inteligência gerada pela interação entre os sujeitos. Trata-se de uma inteligência líquida, utilizando uma metáfora cunhada por Bauman (2000), caracterizando o estágio atual da modernidade onde sistemas e relações sólidas são “derretidas” e passam a configurar novos movimentos fluídos e não estanques (NOGUEIRA, 2014).

Ao adentrar o mundo da comunicação fluida e movente, as mulheres circulavam por entre experiências, opiniões, imagens, sons e informações que as auxiliava na construção de seus caminhos como gestantes e mulheres-mães. Não há como negar o valor e a força simbólica do que elas acessavam na internet para a construção de suas trajetórias, tanto que após o parto, foram nas redes e comunidades virtuais que muitas delas compartilharam suas experiências e buscaram apoio nessa nova fase de suas vidas.

Hoje, as redes e comunidades virtuais são um espaço onde todos, independentemente de seus locais de moradia, crenças ou valores, podem se expressar, transmitindo em suas expressões o que pensam, sentem e configura-se como cultura do ser. Nesse sentido, Castells (2008) afirma que, em relação às mulheres e outros grupos considerados minoritários, existe uma tendência de expressarem-se de forma mais aberta na internet, devido a sensação de proteção que acompanha este espaço-lugar e a possibilidade de reversão dos jogos de poder existentes nos processos de comunicação. Isso não pode ser desconsiderado, já que o que vemos aqui, é que as mulheres estão sim deixando claro no espaço-lugar dos seus “*perfis sociais*” o que desejam para si, para o seu parto e para seus filhos.

5.5 A mídia como parte da teia: desaprendendo a parir em rede nacional

Acompanhei as mulheres durante nove meses do ano de 2014, estando com elas em momentos diversos pelos quais a sociedade brasileira passou. Assistimos juntas novelas, filmes, lemos revistas, livros e compartilhamos experiências, além dos encontros presenciais que tivemos, com nossos cafés, bolos e conversas incríveis. Durante esses nove meses

muitas coisas aconteceram no Brasil e no mundo e nós acompanhamos esses movimentos pulsantes da sociedade com um olhar atento ao que a mídia nos apresentava como verdade.

Sem sombra de dúvidas três assuntos polemizaram nossas conversas logo após terem acontecido, todos envolvendo diretamente aspectos gestacionais e sobre o parto, influenciando e modulando as opiniões das mulheres de forma bastante potente e levando-me a questionar a influência da mídia sobre as crenças, valores, desejos e cultura da sociedade em geral. Trata-se de três eventos que mobilizaram a sociedade e possibilitaram debates fervorosos nas redes sociais: as cenas de parto apresentadas na telenovela *Amor à Vida*, exibidas na Rede Globo de Televisão; o Caso Adelir, noticiado de forma mundial; e o lançamento nos cinemas nacionais do filme *O Renascimento do Parto*, concebido e dirigido independentemente.

Estes caracterizaram-se como três eventos emblemáticos da televisão brasileira e do cinema nacional durante o ano de 2014, tornando-se presenças constantes em pelo menos uma visita que fiz a cada uma das mulheres acompanhadas, momentos em que todas elas “puxavam” o assunto e debatíamos fervorosamente sobre os fatos. Cabe salientar que todos eles também estiveram presentes na mídia impressa, trazendo debates fervorosos entre profissionais e “*experts*” a favor ou contra cada ação realizada tanto na novela, quanto no cinema e, em especial, no Caso Adelir, que provocou debates inclusive em âmbito internacional.

Dessa maneira, e pelo impacto que estes assuntos causaram nas mulheres que acompanhei, prefiro relatar como foram nossas conversas em cada uma das situações em especial, trazendo dados e informações apresentadas na mídia e discutindo com alguns autores os movimentos possíveis de serem identificados em cada situação, no que diz respeito à mídia e a sua influência sobre a cultura e a sociedade.

5.5.1 O parto de Paloma e Luana na novela *Amor à Vida*

Da estreia da novela *Amor à Vida*, da Rede Globo de Televisão, até o início de minha coleta de dados já haviam se passado exatos onze meses, mas mesmo assim os dois nascimentos exibidos no primeiro capítulo da telenovela (20/05/2013) surgiram como assunto nas nossas conversas, surpreendendo-me e fazendo-me refletir no quanto aquelas cenas impactaram significativamente as mulheres que eu escutava. Ao falarmos sobre

concepções de parto, em muitos momentos e com todas as mulheres que acompanhei, surgiam como exemplos os partos de Paloma, protagonista da telenovela, e Luana, personagem morta no primeiro capítulo após o nascimento de seu filho.

Para que a compreensão fique clara irei relatar brevemente os fatos ocorridos na telenovela, visto a significativa marca deixada pelas cenas exibidas em rede nacional nas mulheres acompanhadas.

Paloma, personagem vivida pela atriz Paolla Oliveira, está grávida de nove meses e em um relacionamento conturbado com o namorado, com quem trava uma briga em um bar no subúrbio do Rio de Janeiro. Após a discussão o namorado a abandona no estabelecimento e é aí que, subitamente, Paloma sente dores muito fortes na barriga, sua bolsa amniótica rompe e ela olha no espelho com expressão de terror. Paloma foge para o banheiro, expressando muita dor e sofrimento, ela não consegue falar, prostra-se no chão sem forças e acaba ficando inconsciente durante este processo. Sua filha nasce sem que ela veja, no chão de um banheiro imundo e pelas mãos de uma desconhecida. Paloma não vê sua filha nascer, é inerte a tudo que acontece e permanece sangrando no chão, onde novamente é abandonada quase sem vida, com sua filha nos braços, até que a equipe de socorro chegue e a encontre já sem a criança, a qual foi roubada pelo irmão.

Luana, personagem vivida por Gabriela Duarte, encontra-se em um hospital moderno, com muita tecnologia ao seu redor, profissionais de saúde e seu marido, o qual foi permitido entrar, como que uma exceção, este expressando no rosto apenas medo. Ela não parece bem, chora, parece em estar em constante sofrimento, sente muita dor, enquanto o marido conversa com a médica que também aparenta ansiedade e preocupação. Luana não fala em nenhum momento, parece sempre muito debilitada e é apenas carregada de macas para camas, recebendo apenas ordens da equipe médica sobre como deve agir. A sala de parto parece uma sala de cirurgia, cheia de aparelhos e tecnologias, mas Luana não resiste ao processo de parto e acaba morrendo junto com seu filho e ao lado do marido desesperado.

Retratando as cenas exibidas na novela, fica bastante claro porque, mesmo onze meses depois de sua exibição, elas ainda são lembradas e revividas pelas mulheres hoje gestantes e, que na totalidade deste estudo, desejavam viver o processo de um parto

normal/vaginal. Ambos os partos exibidos na telenovela são aterrorizantes, sofridos, tensos e com desfechos muito além do desejado: a morte de ambas as mulheres, uma morre biologicamente e a outra morre simbolicamente ao perder seu filho após dar à luz.

E o que dizer dos lugares em que estas mulheres se encontram? Paloma em um bar sujo, imundo, uma situação bastante deprimente, sozinha e incapaz de qualquer coisa. Luana, mesmo com toda tecnologia ao seu lado, nunca fala, apenas é conduzida, e ao decidir viver um parto normal acaba morrendo pelas suas escolhas. Se um telespectador não grávido sofre com os acontecimentos e torce para que os desfechos sejam diferentes, mas eles se anunciam de forma negativa e concreta, imagina uma mulher gestante, optando pelo tipo de parto que deseja vivenciar? Alguma dúvida que estas cenas são para serem lembradas mesmo onze meses após sua exibição?

Malala, Leila, Jane e Angelina são as que parecem mais afetadas pelas lembranças destas cenas, relembando-as em detalhes e referindo em nossas conversas o quanto de perigoso o parto vaginal pareceu ser ao assistir as imagens e o quanto sentiram-se assustadas ao assistir, tanto que recordam até hoje. Elas ressaltaram principalmente as condições em que as personagens estavam, ambas parecendo inertes a tudo e sem reação, fato este que desejam não se repetir com elas mesmas em seus partos. **Malala** destaca que o final foi triste para as duas personagens, dizendo que para ela aquilo se configurou como que um aviso: não escolha um parto normal, é tão perigoso que até no hospital a mulher morreu! **Leila** destaca a questão do parto de Paloma ter sido em um ambiente sujo e sozinha, como se um parto normal fosse algo animalizado e solitário, sempre com sofrimento intenso.

De qualquer maneira, todas me recordaram em algum momento sobre esta novela, fazendo-me ir atrás das cenas e revisitá-las, assistir novamente com um outro olhar, com o olhar de uma mulher gestante, tentando sentir o que elas poderiam ter sentido e o que ainda mexe com o imaginário cultural que elas possuem sobre o parto vaginal. Confesso que ao assistir novamente minhas sensações foram diferentes, fiquei um pouco assustada com o quanto aquelas cenas possam ter impactado mulheres de todo Brasil, sentindo-me até mesmo com medo de viver um parto daquele jeito. Trago abaixo algumas destas imagens

que, ao revisitar, trouxeram-me questionamentos profundos e preocupações como mulher e pesquisadora social.

Figura 14 - Cenas do Parto de Luana e de Paloma na novela Amor à Vida



Fonte: Cenas da novela Amor à Vida, 2013. Disponível em: <http://gshow.globo.com/novelas/amor-a-vida/capitulo/2013/5/20/felix-joga-o-bebe-de-paloma-em-cacamba-e-bruno-o-encontra.html>

Sobre as representações do parto na mídia contemporânea, Oliveira (2014) afirma que a televisão pode influenciar o que as pessoas vão pensar e vão falar sobre o assunto, possuindo um poder de disseminação que as redes sociais virtuais ainda estão tentando atingir. Trata-se de uma mídia de massa, presente no dia a dia da população feminina, que traz informações e orientações sobre a sua saúde sob o olhar midiático do que se considera bom para as mulheres, fazendo da saúde da mulher um marketing (BASTIANI, 2013).

A mídia de uma forma geral exerce uma função pedagógica, a partir do momento em que pretende ensinar as mulheres as melhores formas de maternidade e quais os comportamentos esperados, produzindo subjetividades, identidades e saberes (SANTOS, 2013). Assim, uma pedagogia da mídia diz respeito à prática cultural que vem sendo

problematizada para ressaltar a dimensão educativa e formativa dos meios e artefatos de comunicação e informação na vida contemporânea (COSTA; SILBEIRA; SOMMER, 2003).

Em especial as telenovelas, produto cultural de maior inserção na vida social, é uma mídia democrática, por estar ao alcance de todos os níveis sociais, representando as tramas e as redes presentes nas diversas camadas da sociedade (JONES, 2014). As novelas, com sua estrutura narrativa, são especificamente dirigidas ao público feminino, associando diversos produtos, construindo sentidos simbólicos, apropriando-se de elementos culturais circulantes, reforçando e normalizando ações e opiniões que determinam estilos de vida contemporâneos e concepções de gênero na sociedade (ALMEIDA, 2007).

Através da telenovela recupera-se um sentido de pertença à realidade cultural, o telespectador se vê na trama e para ele o que acontece na novela é o que acontece na vida real. Andrade (2003) chama a atenção ao afirmar que o diálogo entre telenovelas e espectadores existe apenas porque preexistem os conteúdos vinculados na sociedade, se a televisão veicula certos valores dominantes é porque eles são dominantes na sociedade.

No caso das cenas de parto especificadas neste estudo, Jones (2014), ao estudar as imagens pelo olhar da Comunicação Social, destaca o medo, a dor, a passividade da mulher, a imprevisibilidade do evento do parto, a tecnologia, uso do poder institucional e a morte, como características presentes em toda narrativa expressada, referindo que a abordagem dada ao parto é a de um evento de enfermidade e risco. Para a autora, a novela, ao demonstrar o parto com cenas que caracterizam-no como assustador, doloroso e arriscado, reforça a ideia da cirurgia cesariana como opção mais segura, exaltando o poder institucional, retratando as mulheres como incapazes e legitimando a cultura dominante.

Pereira, Franco e Baldin (2011), em seu estudo sobre representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição, trouxe uma associação bastante importante entre o que é vinculado na mídia, em especial nas telenovelas, sobre o parto e o que as mulheres pensam sobre o mesmo. O medo da dor do parto e a construção da ideia de tranquilidade e ausência de dor na cesariana, mostram-se presentes nas falas das mulheres entrevistadas pelos autores, sendo as telenovelas citadas como fontes de informação e de influência principalmente para quem não tem acesso a fontes diferenciadas. Confirmando assim as contribuições de Jones (2014) sobre o reforço e a legitimação de uma cultura dominante.

Pelo que pude vivenciar com as mulheres que acompanhei foi exatamente esta sensação que elas tiveram ao visualizar e me retratarem as cenas vistas na novela *Amor à Vida*: todas tinham a ideia de que o parto tratava-se de um evento de risco e perigoso, ligado a possível morte da mulher ou da criança, fazendo-as questionar de forma concreta o desejo (quase inconsequente) de terem seus filhos por via vaginal. Aliado a isso, quase sempre as novelas são momentos de família, onde outras mulheres e membros da casa sentam-se para assistirem juntos, o que as fez serem questionadas por seus familiares pelas suas escolhas e desejos.

Se estas cenas não as tivesse impactado de maneira tão significativa, antes mesmo de estarem grávidas, antes de nossos primeiros encontros, com certeza elas não me questionariam sobre isso onze meses após a exibição da telenovela. Isso só deixa claro o quanto a mídia influencia culturalmente a escolha das mulheres, deixando suas marcas por muito tempo na vida e no imaginário delas e reforçando um modelo que caracteriza-as como incompetentes para parir e necessitadas de um saber biomédico.

5.5.2 O caso Adelir

Esta situação, ocorrida numa madrugada de abril de 2014, mês em que já estava a pleno vapor com a coleta de dados, acompanhando as mulheres em suas trajetórias, tomou a mim e a todas elas com uma surpresa e uma indignação que dividimos em cada visita que fazia em suas casas. O caso de Adelir, chamou não só a nossa atenção, mas de todo país, tomando repercussões na imprensa internacional e sendo vinculado em jornais, telejornais e revistas do Brasil e do Mundo.

Lembro-me do dia 05 de abril, quando cheguei a casa de **Malala** para nosso café com conversas, e logo ao adentrar sua casa ela me olha e diz "*Viu o que aconteceu em Torres?*". Já ali, naquele primeiro momento, que se repetiu em todas as outras sete casas que visitei durante meus acompanhamentos, percebi que aquele não seria um fato isolado, que aquela situação havia mexido com todas elas e que, sem dúvida, o medo havia se instalado para ficar naquelas mentes grávidas.

Adelir Carmem Lemos, 29 anos, gestante, com 42 semanas de gestação, de origem cigana, sem plano de saúde, havia descido por um parto humanizado, realizava pré-natal da atenção pública, sem intercorrências, vinha sendo acompanhada por uma doula e desejava

esperar o trabalho de parto espontâneo. Após uma avaliação médica no Hospital Nossa Senhora dos Navegantes em Torres, RS, a obstetra que lhe atendeu indicou que ela deveria fazer uma cesariana e que não poderia mais esperar, mesmo visualizando que Adelir e o bebê não apresentavam alterações. Adelir e seu marido negaram, saíram do hospital e voltaram para casa, onde permaneceram com a doula. A médica, alegando risco iminente de morte para ela e o bebê, decidiu procurar o Ministério Público, o qual determinou que a gestante fosse levada para o hospital sob custódia da polícia, para que fosse realizada a cesariana. Adelir foi acionada de madrugada, em sua casa, por um oficial de Justiça que a conduziu, junto com a polícia e uma ambulância ao hospital, onde a cesariana foi feita mesmo contra sua vontade.

O evento ficou conhecido como “Caso Torres ou Caso Adelir” e movimentou as redes sociais e a mídia de uma forma geral. Jornais do mundo todo noticiaram a decisão judiciária, questionamentos sobre a mulher e o seu corpo foram levantados, posicionamentos em redes sociais foram manifestados, grandes coletivos de mulheres se mobilizaram e a *hashtag* #somostodasadelir entrou para os tópicos mais citados no Twitter. Não havia como **Malala** e as outras mulheres que acompanhei ficarem inertes a todo este movimento social.

Os jornais Zero Hora, Correio do Povo, Folha de São Paulo e até mesmo a rede BBC noticiaram o evento, entrevistando Adelir e seu esposo, o qual alegava ter sido proibido de acompanhar a cesariana, a médica e a juíza envolvida, “*experts*” sobre parto e nascimento e mulheres do movimento social organizado. O barulho foi grande, levando com que diversas cidades brasileiras organizassem passeatas e audiências públicas com vistas a discutir a temática do poder de escolha da mulher sobre seu corpo e seu parto.

Eu e todas as mulheres de minha pesquisa acompanhamos todo este movimento juntas, compartilhando notícias e mensagens de apoio pela rede virtual, debatendo sobre o caso em nossos encontros e assistindo reportagens inúmeras na televisão. A sensação que eu tinha quando conversava com elas era que o fato poderia ter sido com qualquer uma, pois todas desejavam um parto normal humanizado, todas desejavam poder conduzir o seu processo de parto, todas poderiam ter ousado dizer não assim como Adelir, então poderia ter sido uma violência sofrida por qualquer uma delas. A solidariedade estava presente em todas as conversas que tivemos sobre o assunto.

Sobre o caso de Adelir e a repercussão na mídia e na sociedade, Medeiros (2014) refere que a *“cesariana compulsória a que foi submetida abriu tecidos em muitas outras mulheres, algumas das quais tiveram mesmo os próprios corpos afetados”*. **Malala, Diana, Angelina, Frida** e **Leila** pareceram especialmente mais afetadas, chorando em alguns momentos de conversa, colocando-se no lugar de Adelir, indo atrás de informações científicas que pudessem explicar o ocorrido e tentando, de alguma maneira deslocar a possibilidade de que isto ocorra com elas.

Em um dos momentos que acompanhei **Frida**, em um grupo de apoio ao parto humanizado, em plena época do fato, as mulheres receberam adesivos para colocar na roupa com o dizer “Somos todas Adelir” e utilizaram o espaço para o debate aberto sobre o tema. Mas ali, assim como com **Frida**, todas tinham seus planos de saúde e vivenciavam uma realidade que parecia distante da vivida por Adelir.

Afinal o que garantia que o mesmo não aconteceria com elas é que todas não estavam *“a mercê”* do sistema público, elas eram “protegidas” por seus planos de saúde, acreditando que, em virtude disso poderiam ser melhor ouvidas ou levadas em consideração, afinal “estavam pagando por isso”. Ter um plano de saúde nesse caso parece que foi o que faltou a Adelir, como se no sistema público a mulher tivesse que se subjugar aos desejos dos profissionais, não tendo como fugir de um sistema opressor.

No entanto, moduladas claramente pelo medo que o caso espalhou em seus contextos de gestante, elas preferiam não opinar muito, afinal a médica poderia ter tido razão. E se tivesse acontecido mesmo algo com Adelir ou com o bebê? Questionamento trazido por **Diana**. Afinal existia ou não a possibilidade de morte neste caso? Dúvida apresentada por **Malala**. Como Adelir poderia avaliar esse risco? Era preciso acreditar na médica. Comentou **Angelina**. O fato é que, mesmo não concordando com a atitude da cesariana compulsória, elas ainda sim questionavam se o ocorrido não tinha sido feito pelo bem da mulher e do bebê, não sentindo-se totalmente à vontade para julgar algo que poderia ter sido protetivo ao invés de punitivo.

Fica do caso de Adelir e da experiência que tive com as mulheres que acompanhei, o medo diluído pela sociedade, um parto que continua sendo perigoso, a razão biomédica sendo parcialmente questionada e a certeza que o plano de saúde as protegeriam de um evento como esse. A solidariedade com Adelir existiu com todas, as participações nas

mobilizações em redes sociais fizeram parte de seus processos de apoio, mas a realidade é que elas se enxergam como imunes a uma modulação tão evidente, quando não reconhecem que a modulação que vivenciam nos seus planos de saúde pode ser tão forte como a que Adelir vivenciou, apenas é social e culturalmente velada.

Figura 1 - Folders Caso Adelir



Fonte: <https://somostodxsadelir.files.wordpress.com>

5.5.3 O Renascimento do Parto nos cinemas e na vida

Outro assunto bastante comentado pelas mulheres que participaram desta pesquisa e que tomou conta da mídia nacional e internacional, foi a estreia da produção cinematográfica *O Renascimento do Parto*, em 2013. O filme, produzido de forma independente por Erica de Paula e Eduardo Chauvet, foi totalmente financiado coletivamente, tendo 1.228 apoiadores voluntários e batendo recorde nacional em financiamento coletivo de projetos.

Com o objetivo de contribuir com a necessária mudança de paradigmas na atenção obstétrica nacional, o filme propõe-se a discutir sobre os rumos que o nascimento está tomando no século XXI. Para isso contou com nomes de profissionais reconhecidos na esfera da humanização do nascimento e também com depoimentos pessoais de mulheres e famílias que passaram pela experiência de um nascer dito humanizado.

Assistir ao filme, mesmo após quase um ano de sua estreia nacional, era objeto de desejo das mulheres que acompanhei. **Frida** e **Diana** foram as únicas que conseguiram

assistir nos cinemas de Porto Alegre. **Leila** assistiu na universidade onde realiza sua segunda graduação e **Anita** assistiu em um evento sobre humanização do parto. **Malala** e **Angelina** viviam me solicitando informações sobre onde poderiam ver o filme ou comprar o DVD, a ideia era assistir com o companheiro antes do nascimento dos bebês, uma forma de estimulá-lo para um parto vaginal. **Simone** foi ao cinema com o marido e uma amiga apoiadora do parto normal, queria convencer ele ali mesmo, no cinema. A única que não se entusiasmou e não desejava ver por enquanto era **Jane**, pois já havia decidido que, como ela mesma deixava claro, *“esses partos humanizados não eram pra ela”*.

O filme, sempre que destacado pelas mulheres, vinha cercado de curiosidades, a ideia de ver ela era percebida por mim, na fala delas, como uma forma tranquilizadora de identificar que o parto normal era o melhor para elas e para seus bebês. Além disso, ver o filme com o companheiro e mais algum familiar, era trazer outras vozes, quase todas científicas, falando por elas, dizendo por elas que o que desejavam não era loucura e merecia ser respeitado. Afinal, muitos *experts* sobre o assunto corroboravam com as suas ideias no filme.

Simone levou o marido ao cinema, acompanhada da amiga e madrinha do bebê, apoiadora do parto normal. Compraram pipocas, conversaram antes, prepararam-no para o que ele veria e solicitaram que ele visse o filme com a *“mente aberta”*, mas logo na primeira cena onde se via um parto normal em uma banheira ele fecha o rosto com as mãos e se recusa a ver, relatando mal estar com tanto sangue. Mas o que deixou ela mais confusa e insegura foi quando, em uma cena de uma cesariana, mesmo o companheiro achando a forma que retiram o bebê um pouco cruel, ele ainda afirmava que parecia tudo mais limpo e seguro do que em um parto normal.

Leila assistiu ao filme na universidade, já estava grávida, e eu estava junto com ela nesse momento. Não desgrudava os olhos da tela, apontava algumas frases que achava interessante, se emocionou em vários momentos e participou do debate após a exposição. Trouxe a sua opinião como mulher-mãe deixando claro que era o que o filme tratava que ela procurava e deseja para o nascimento de sua filha, mas que estava muito difícil conseguir algum profissional em Porto Alegre que a acompanhasse em suas convicções. Mesmo com plano de saúde ela ainda não havia encontrado o obstetra ideal para viver isso.

Diana conseguiu ingresso para pré-estreia em Porto Alegre e, também já grávida, foi assistir com sua tia e algumas amigas. A diferença é que as amigas e a tia eram totalmente apoiadoras da sua decisão por um parto normal e compartilharam com ela as alegrias de um filme que as inspirou e fortaleceu as suas crenças e ideais. Ela levou outro dia o companheiro para assistirem juntos e comentou que a aceitação dele foi ótima, que se emocionaram imaginando que poderiam viver um parto humanizado e que ter visto o filme fortaleceu a decisão deles como casal.

Frida viu o filme também no cinema, com um grupo de mulheres apoiadoras do parto humanizado, e levou pra casa todas as informações possíveis que lhe ajudassem no convencimento do marido, já que ela desejava um parto domiciliar. Sua missão era usar de todas as informações e recursos possíveis para que seu parto fosse domiciliar, acompanhado pelo marido que também deveria se sentir seguro quanto a esta decisão.

Enfim, o filme mobilizou a todas elas, cada uma da sua maneira buscou informações sobre o mesmo, todas queriam saber do que se tratava e do porquê do renascimento do próprio processo de nascimento. Partes e falas do filme eram compartilhadas em sua rede social virtual, a própria comunidade virtual do filme estava presente dentro das comunidades mais visitadas por elas, o trailer bombardeava suas linhas do tempo no Facebook. Elas queriam que todos ouvissem o que elas tanto diziam, agora na fala de *experts* sobre o assunto.

Mas afinal, porque tanto barulho por um filme independente, um documentário sobre um tema que até então não chamaria tanta atenção? E porque seu lançamento gerou tanto desconforto nas classes profissionais?

Para Diniz (2014) *O Renascimento* aparece na sequência de outros diversos fenômenos na mídia produzidos por movimentos sociais que buscam mudanças na assistência obstétrica brasileira, chamando a atenção para uma nova relação médico-paciente onde as mulheres possam conhecer melhor as evidências científicas do que os profissionais. Oliveira (2014) chama a atenção para a crescente reprodução de programas com esta temática no Brasil e no mundo, tais como: Parto pelo Mundo (GNT-2013), Boas vindas (GNT 2012-1015), Sala de Parto, Um bebê por minuto (Discovery Home e Health

2012-2015) e *Call the Midwife*, veiculado a BBC Inglesa e que chega ao Brasil por meio das mídias virtuais em 2014.

Nessa perspectiva, o filme deixa claro que as mulheres desejam a experiência de um parto normal, enxergam-no como um evento privilegiado de promoção da saúde, sendo manipuladas pelo sistema biomédico com informações contrárias. Além disso, *O Renascimento* aborda os conflitos de interesse existentes na epidemia de cesarianas no Brasil, chamando a atenção para as repercussões destes interesses na saúde materna e neonatal (DINIZ, 2014).

Respondendo às perguntas feitas acima, o *Renascimento* fez tanto barulho porque com sua linguagem, ora técnica e ora experiencial, com relatos de mulheres reais acrescidos de verdades científicas, tornou-se a voz das mulheres e do que elas desejam para seus partos. Isso, obviamente gerou os desconfortos às classes profissionais, em especial à médica, quando confrontados em seu saber e expostos em seus interesses mercadológicos.

Portanto, o fenômeno do *Renascimento*, nos cinemas e na vida, traz à tona o que as mulheres estão buscando para os seus partos: um modelo acolhedor, integral, que as respeita em suas decisões sobre si e sobre seu corpo, reservando o uso de tecnologias duras para quando elas forem realmente necessárias. E, o que percebo, ao observar o olhar de **Leila** assistindo o filme e o desejo forte de **Malala** para assistir também, é que elas não estão encontrando isso no subsetor suplementar. Mesmo com a ideia de que *“estou pagando e posso exigir ser respeitada”*, isso não vem ocorrendo, tanto que elas estão necessitando de toda ajuda possível. Mesmo que essa ajuda venha das telas do cinema.

Chegando ao final deste capítulo, onde trato das redes sociais que se encontram no contexto das mulheres gestantes atendidas por serviços do subsetor suplementar de saúde, trago algumas considerações relevantes ao se pensar em como estas redes podem modular as concepções de gestação, parto e maternidade das mulheres. É preciso compreender que as mulheres deste estudo, inseridas em seu contexto de vida, agem no seu cotidiano envoltas por uma cultura, crenças e valores distribuídos, reforçados e influenciados pelos sujeitos que interagem nestas redes.

Fala em rede social é pensar individual e coletivamente ao mesmo tempo, é compreender que as pessoas fazem, pensam e agem não isoladamente, em uma liberdade total, mas sim dentro dos limites das estruturas sociais e das transformações históricas concretas em que elas se inserem. Assim, a rede está sempre em movimento, um ininterrupto tecer e destecer de ligações e relações, possibilitando crescimentos individuais que impulsionam crescimentos coletivos (ELIAS, 1994).

Olhar para as redes sociais sob a ótica de Geertz (2008) é compreendê-la num emaranhado de teias de significados tecidos pela cultura que cerca e modula os sujeitos, escolhendo entre as estruturas de significação e determinando sua base social e sua importância. A cultura é pública, seu significado é público e o que devemos atentar é o que está sendo transmitido com sua ocorrência e através de sua agência (GEERTZ; 2008).

As redes sociais aqui descritas foram descritas didaticamente separadas, para que o leitor pudesse compreender como cada parte desta teia inferia modulações no olhar das mulheres sobre sua gestação, seu parto e sua maternidade. Famílias, amigos, colegas de trabalho, redes virtuais e mídia, descritas separadamente, mas compreendidas como planos moventes e interconectados, os quais perpassam o cotidiano das mulheres de forma contínua e única, influenciando concepções, compartilhando valores, modificando e sendo modificadas pelos sujeitos que nelas se movimentam.

Na trajetória das mulheres, cada plano desta teia de significados e construções sociais coexistem, se entrelaçam, influenciam e são influenciadas, modulam e são moduladas, por meio do que se vive a cada semana de gestação. Para Ruiz (2013) não há uma forma única de experimentar as relações sociais, sendo elas não a causa e nem o efeito, mas a própria sociedade em movimento.

A cultura como unidade de uma sociedade não exige uniformidade, pelo contrário, ela não é estática, mas sim uma concepção dialógica construída nas subjetividades individuais. Nesse sentido, é preciso reconhecer que quanto mais possibilidades de interações, mais conteúdos e possibilidades de se exercitar identidades coletivas, as quais ancoram vidas e reconstróem espaços e lugares (RUIZ, 2013).

Dessa forma, compreender que todos os aspectos da rede que apresento neste capítulo interagem entre si modulando concepções, desejos e escolhas das mulheres em relação ao seu corpo, sua maternidade, sua gestação e seu parto, é também compreender que a gestação não se dá individualmente, que nenhuma mulher gesta sozinha. Estar e sentir-se grávida é sim um fenômeno social, corpos grávidos e maternos se constituem como territórios de biopolíticas contemporâneas e os atributos e valores que os enunciados da mulher-gestante-mãe produzem são construídos e ampliados por discursos do senso comum e científicos (MEYER, 2011).

A família, com suas maternidades inspiradoras e suas concepções de mães boas e más, os amigos e colegas de trabalho como uma rede de proteção e apoio, as redes sociais virtuais com seus compartilhamentos de experiências e comunidades apoiadoras e a mídia, com sua mediação de comportamentos em massa, são planos da rede social da mulher-gestante que movem-se em direção dos caminhos que ela percorrerá desde a descoberta da gravidez até o puerpério. É o que ela ouve, lê, visualiza, compartilha, “curte” e sente que a conduzirá pelas trajetórias assistenciais, determinando seus passos e possibilitando a construção de trajetos ou de desvios nem sempre esperados ou desejados quando do planejamento do curso inicial.

Olhar para a rede social, seus trajetos e seus desvios só nos mostrou o quanto a diversidade cultural constrói o que é gestar, parir e maternar na contemporaneidade. Desdobramentos, encontros e desencontros possibilitam diálogos e discursos que ora a mulher reproduz, como sendo próprios dela, ora ela renega, muito pelas concepções que ela não deseja seguir e que estão embargadas em sua própria criação.

Desejar ser uma mãe boa e seguir os passos de outras mulheres-mães inspiradoras que ela conheceu através de suas experiências de vida é, de certa forma, reproduzir culturas de gestação e maternidade que ela acredita e que lhe foram rerepresentadas culturalmente como percursos positivos e ideais. Movimentos como o debate sobre o caso Adelir, o desejo de assistir ao filme *O Renascimento do Parto*, a participação em comunidades virtuais apoiadoras de seus desejos em relação ao parto e a preparação para um parto domiciliar, são deslocamentos de negação à cultura dominante, aos valores que ela apreendeu em sua

vida, mas que não deseja reproduzir em sua própria experiência atual como mulher-gestante-mãe.

Para Ruiz (2013) estes são movimentos sinalizadores de reações aos próprios valores existentes na ordem social vigente, indicando que as redes sociais mobilizam todas as possibilidades de uma sociedade. Assim, a cultura que circula dentro destas redes, pode ser vista como complexos padrões de comportamento, podendo governar os indivíduos a partir do agenciamento de suas capacidades e especificidades (GEERTZ, 2008).

Por fim, ressalto que desvendar as redes sociais imbrincadas nas trajetórias de mulheres gestantes no subsetor suplementar de saúde, com seus desdobramentos e ações, permitiu-me olhar para as mulheres que acompanhei com um novo olhar, não mais as vendo isoladamente, com suas capacidades e individualidades, mas sim como sujeitos que se formam e se constroem através das interações no meio em que vivem. Antes eu via a gestante e sua barriga, seus medos, suas expectativas, suas percepções e suas concepções e acreditava que tudo isso era construído por ela mesma, numa concepção da naturalidade do fenômeno da gestação, como se isso fosse inerente ao seu ser sujeito social.

Hoje, após estes nove meses de acompanhamento, convivendo nos contextos em que elas se inseriam, compreendo como o ser social destas mulheres influenciou suas escolhas e seus trajetos de gestar e parir. Com esta compreensão sigo para o próximo capítulo desta tese, buscando aprofundar estas redes no modo de agir e de caminhar das mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério, em contextos particulares e coletivos, mobilizando forças e desejos e traçando rotas de continuação dos modelos, de violência velada, mas também de resistência.

6 NOVE MESES DE ESPERA: da descoberta da gestação ao enfrentamento do puerpério

Ser mulher-mãe no mundo contemporâneo envolve uma discursividade cada vez mais complexa, amplamente reproduzida e divulgada em diversos artefatos da cultura, tais como romances, novelas, filmes, documentários, canções, poemas, mídias e propagandas (SCHWENBER; MEYER, 2011). Isso porquê, apesar de ser uma vivência individual e subjetiva, ser mulher-mãe é também uma experiência social, onde a natureza e a cultura caminham juntas, ora sobrepondo questões biológicas e fisiológicas, envolvendo enunciados de saúde e de doença, ora reproduzindo crenças, tradições e saberes do senso comum.

A constituição da maternidade não ocorre somente após a concepção, mas inicia-se muito antes dela, a partir das primeiras relações e identificações da mulher, passando por atividades lúdicas infantis, a adolescência, o desejo de ter um filho e a gravidez propriamente dita (PICCININI et al., 2008; ARAGÃO, 2006). O processo de tornar-se mulher-mãe remete à diversas etapas e estados específicos da vida feminina, as quais envolvem a gestação, o parto, a amamentação e o pós-parto, constituindo ações de longo prazo, dentre as quais se destaca o exercício da maternagem (SCHWENBER; MEYER, 2011).

Mas tornar-se mulher-mãe vai além, não está pré-determinado, não consiste em uma característica biológica do sexo e não se trata de uma experiência inata ao gênero feminino. Escolher (ou não escolher) o exercício da maternidade é sim um constructo social, produzido através de valores, tradições e culturas, atualizado e reconstruído por meio de processos de socialização, os quais influenciam significativamente os ideais e os imaginários da mulher em relação ao que é ser mãe na contemporaneidade.

É culturalmente que se produz a maternidade, bem como seus padrões e normatividades, os quais tomados indistintamente legitimam e atribuem determinados modos de ser. O tipo de relação com a gestação, com o parto e com os filhos são marcados pela sociedade em que estão contextualizados, levando a possibilidade de compreensão sobre múltiplas faces de maternidades possíveis (MOREIRA; NARDI, 2009; SCAVONE, 2001; SCAVONE, 2011).

Podendo ser abordada como um símbolo de ideal de realização feminino, um símbolo de opressão das mulheres ou ainda simbolizando um poder, a maternidade pode ser

interpretada a partir de diversos olhares e compreensões (SCAVONE, 2001). Mas, indistintamente, estes olhares sempre estarão carregados da cultura que envolve as mulheres, já que é por meio desta mesma cultura que constituem-se os mecanismos orientadores do raciocínio, do entendimento, dos comportamentos e das condutas dos sujeitos (GEERTZ, 2008).

Assim como Simone de Beauvoir (1949) em sua célebre frase “não se nasce mulher, mas torna-se mulher”, da mesma maneira acredito que não se nasce mulher-mãe, não existem características inatas ao feminino, além daquelas biológicas óbvias, que “capacitem” às mulheres previamente para o exercício da maternidade. Não existem mulheres que “nascem” para serem mães. O ser mãe é construído culturalmente, em seus cotidianos, suas experiências, suas relações e, principalmente, por meio do compartilhamento dos enunciados de maternidade nos espaços-lugares pelos quais elas circulam.

Mulheres *tornam-se mães*, não transformam-se e nem desconfiguram-se como mulheres, mas apreendem do seu contexto os imaginários e enunciados sobre ser-mãe, incluindo-os em seus próprios artefatos subjetivos e assim, *vir a ser* as mulheres-mães que mais se encaixam em seu mundo histórico-cultural. Assim como Badinter (1985), contesto os ideais inatos de amor materno e a naturalização pura e determinista do ser mulher-biologicamente-mãe e começo, a partir deste capítulo, a imergir pela complexa descoberta de *‘tornar-se mãe’*, continuamente, desde a positividade do teste de gravidez até as desventuras do puerpério.

São nove meses de espera, nove meses entre o *‘vir a ser’* e o *‘tornar-se’*, período intenso de emoções, sentimentos, ambivalências, descobertas e ultrapassagens. Nove meses em que o resultado é positivo, o futuro parece ainda mais incerto, as responsabilidades lhes são impostas como nunca antes, a barriga cresce, os movimentos se intensificam e seus corpos já não lhes são pessoais e íntimos, mas tornaram-se públicos e constantemente invadidos, em prol de alguém que ainda não lhes é completamente conhecido.

Entre o momento da desconfiança até a confirmação da gravidez, desde a descoberta até o primeiro momento de amamentar seus filhos, é o que elas conhecem ou compreendem socialmente sobre serem mulheres-mães que desenha os caminhos a serem trilhados. Nem a desconfiança, nem a descoberta e nem o ato de amamentar é vivido

isoladamente, junto delas caminham suas culturas, suas tradições, seus modos de enxergarem-se como mulheres, suas concepções sobre os lugares sociais que ocupam e suas formas de inserir-se em novos lugares a partir da contextualização da maternidade.

Nove luas separam as mulheres dos seus novos enunciados de mulheres-mães. Entre a primeira lua cheia e a última lua nova a espera se consolida, determinando os tempos necessários para o corpo e a mente compreenderem o que está por vir (ou o que já *'está sendo'*). Nos discursos científicos e validados seriam quarenta semanas, mas é a lua e suas fases distintas, suas aparições e sumiços, que de forma cronológica e tradicional contam o tempo até o nascimento.

Neste capítulo busco compreender os caminhos percorridos pelas mulheres desde a descoberta da gravidez até o período pós-parto, reinserindo-as em seus contextos de vida e redes sociais, desvendando como a cultura envolve e modula suas concepções de maternidade. Para tanto, apenas com intuito de deixar a leitura mais fluída, mas entendendo que o *tornar-se* mãe e o viver a maternidade é um *continuum* sem quebras e divisórias temporais, divido o texto em três momentos distintos: gestação, parto e puerpério, olhando para estes momentos à luz das concepções de cultura de Geertz (2008) e não apenas no que diz respeito ao biológico e fisiológico destes processos.

Em um primeiro momento enfoco nos momentos vividos durante a gestação, destacando as modificações corporais, os medos e as inseguranças, os discursos envoltos pelas concepções de saúde e de doença, as perspectivas em relação ao bebê e a paternidade, as modificações do estilo de vida e as reflexões sobre o parto. Reconstruo diálogos, encontros, lugares que caminhei ao lado delas enquanto buscavam pelo obstetra ideal, viviam os desafios de uma gestação saudável (ou não?), organizavam os chás de bebês, preocupavam-se com o enxoval, respeitavam as tradições que envolvem o parto e escutavam constantemente a pressão familiar pelo nascimento.

A seguir percorremos pelos caminhos do parto, identificando os enunciados do medo e do risco, a imprevisibilidade como uma possibilidade de fuga e as formas veladas, mas constantes, do uso do poder médico e científico no cerceamento das trajetórias de cuidado. É no momento do nascimento que podemos identificar modulações profundas dos desejos

das mulheres, pautadas em conflitos de interesse e de mercado, onde não há escolhas possíveis a serem feitas e onde conhecimento científico é sinônimo de poder.

Eu não diria por fim, mas sim por um novo começo, chegamos até o puerpério, seguindo sentimentos ambivalentes entre o ser-mãe e o que esperava-se com a conquista desse novo enunciado cultural. A chegada tão esperada do bebê mostra-se uma alegria e uma tristeza, uma benção e um fardo, um perder-se e reencontrar-se. Amamentar é difícil, cuidar do bebê é chegar ao seu limite, estabilizar o relacionamento conjugal um desafio e manter-se sorrindo para as visitas constantes dos familiares equivale à uma tortura. A ambivalência é a principal característica dessa etapa inicial no ainda longo caminho a ser trilhado durante a construção do *'tornar-se'* mulher-mãe na sociedade moderna.

E trilhando um caminho nunca linear, mas sempre cercado de movimentos pulsantes e de um contínuo ir e vir de reflexões, emoções, tradições e experiências, produzem-se cultural e socialmente as mulheres-mães desta pesquisa, seguindo o que Geertz (2008) chama de *gabaritos culturais*, guias orientadores dos pensamentos e comportamentos humanos. Afinal a maternidade, para além de concepções deterministas e biologicistas, constituiu-se em uma arena cultural e política, onde se estabelecem relações de poder e lutas simbólicas, as quais determinam espaços de ação, de construção de subjetividades e de consolidação dos espaços femininos na sociedade (SCHWARZ, 2010).

Partimos então para o reconhecimento e compreensão do processo de gestar das mulheres acompanhadas neste estudo, apreendendo os modos do social que circunscrevem suas experiências com a gestação e os lugares em que os encontros de cuidado acontecem. Afinal são nestes lugares, entendidos não apenas enquanto espaços, mas também enquanto momentos, que se produzem articulações entre o que sujeito é, com sua especificidade histórica particular, e o que o social anuncia, guardando dimensões práticas e sensíveis, reais e concretas que, aos poucos, revela as identidades sociais e os lugares próprios da vida (CARLOS, 2007). E, no caso deste texto, os lugares próprios do nascer.

6.1 Pelos caminhos da gestação: do obstetra ideal até a lua cheia

Debaixo d'água se formando como um feto
Serenos, confortáveis, amados, completos
Sem chão, sem teto, sem contato com o ar
Mas tinha que respirar... Todo dia
(Maria Bethânia, 2006)

Falar sobre o período gestacional de uma mulher, vivido em sua complexidade biológica, psicológica, social e cultural, é adentrar por uma experiência repleta de sentimentos intensos, com repercussões nas dinâmicas de vida e na formação de laços afetivos (ARAÚJO; SALIM et al., 2012; PICCININI et al., 2012). É durante a gravidez que se inicia a relação mãe-bebê, a qual, diferentemente de qualquer outro tipo de relação íntima, é vivida como um processo quase que invisível, onde as expectativas formam a base do reconhecimento e servem como prelúdio para o encontro após o nascimento (PICCININI et al., 2004).

No entanto, conforme mencionado anteriormente, a gestação não ocorre como um processo íntimo e individual, não é um encontro apenas entre mulher e bebê, mas é, antes de tudo, uma vivência sociocultural, concebida no interior de todas as relações vivenciadas e engendrada nas tradições e nos valores que circundam as famílias e comunidades. A experiência do corpo feminino grávido e da vivência da gestação é sempre modulada pela cultura (SCHWENGBER; MEYER, 2011), portanto possuem traços de uma história e subjetividade própria, mas contendo também dimensões que reconstróem e reenviam simbolismos sociais (ARTAUD, 2004).

Apresentados como características naturais das mulheres que se tornam mães, os atributos e valores esperados de uma gestante fazem parte do senso comum, reapresentando e reproduzindo continuamente os enunciados de maternidade social e culturalmente aceitos, responsabilizando-as pela gravidez saudável e adequada que elas vivenciarão (MEYER, 2003). Durante os nove meses de espera as mulheres apreendem as tradições, as culturas e as experiências vividas por outras mulheres, quase sempre de sua família, construindo imagens e símbolos que irão delimitar suas expectativas em relação a elas mesmas e aos cuidados com o bebê.

Para Maldonado (1991) “quando a mulher se torna mãe, tem como tarefa principal forjar uma imagem de mãe que lhe seja própria”, ou seja, na busca por *tornar-se* mãe a mulher expressa um comportamento identificado por ela como modelo de ser, reproduzindo modos de cuidar recebidos e aceitos como adequados e suficientes (KIMURA, 1997). Gestar é, portanto, preparar-se para desempenhar estes papéis, vivendo os nove meses para o aprendizado social do que é ser mãe, utilizando como recursos para isso tanto os aspectos biológicos da gravidez, quanto os sempre pulsantes movimentos realizados pela tradição e pela cultura.

Durante esse período a mulher passa a ser envolvida por uma aura de mistério, como que vivendo entre o sagrado e o profano, o que, de certa maneira, revela o esforço social para recriar e remodelar o mundo ao seu redor (ELIADE, 1992; HELMAN, 2003). Ela percebe o filho como uma presença concreta dentro de si, o que lhe impõe moderação e limites, incorporando cuidados com o corpo e em relação a sua sexualidade, tradicionalmente reconhecidos e respeitados como formas de preservação de sua saúde e do feto (LUZ; BERNI; SELLI, 2007).

Mesmo no mundo moderno em que vivemos essa aura de mistério sobre a gestante permanece vívida, levando à manutenção cultural de cuidados tradicionais durante a gestação que são intensamente respeitados, vistos como condutas que podem possibilitar uma gravidez tranquila ou tumultuada. É preciso proteger a barriga, descansar o máximo possível, não contar para muita gente sobre a gravidez antes dos três meses completos, não comer determinados alimentos, comprar roupa vermelha para o recém-nascido, benzer a barriga, contar as luas e limitar as relações sexuais em respeito ao bebê. Um eterno ir e vir de experiências enraizadas na cultura e no senso comum.

Assim, gestar, esse viver entre o sagrado e o profano, caracteriza-se por uma experiência entre a saúde e a doença, entre momentos saudáveis e de risco, entre o seguro e o vulnerável. E é justamente sobre essas contradições que o discurso científico opera, gerando percepções de medo e de perigo, determinando o entendimento da gravidez como um processo a ser minuciosamente cuidado e observado. Viver durante os nove meses que separam a concepção do nascimento é cercar-se de um cuidado centrado no controle sobre

o corpo feminino, cheio de intervenções desnecessárias e determinado por relações médicos-mulheres desiguais (GARCÍA-JORDÁ; DIAZ-BERNAL; ÁLAMO, 2012).

Para compreender como estes arranjos entre o tradicional e o científico são mobilizados durante a gestação possibilitando o agenciamento das trajetórias de cuidado vividas, trago alguns momentos compartilhados com as mulheres nesses nove meses de acompanhamento. Nove simbólicos meses que me possibilitaram também o preparo necessário para a apreensão do que possa ser *tornar-se* mulher-mãe em meio a um mundo dito moderno, mas carregado de saberes e processos engendrados pelas culturas e tradições da sociedade.

Reflico sobre a concepção da gravidez como um processo de adoecimento, tão enraizado nos processos desiguais de cuidado e sobre a difícil tarefa enfrentada pelas mulheres de encontrar na comunidade médica um obstetra que “faça obstetrícia”, identificando a força da tendência atual de medicalizar os processos fisiológicos do corpo, principalmente os femininos. Contextualizo diálogos e encontros entre as mulheres e sua rede social, enfatizando as concepções de que, por ser uma situação de risco, a gravidez não é de pertencimento da mulher, mas um processo de domínio técnico-científico. Por fim, narro momentos de vivências tradicionais intensas, tais como os chás de bebês, chás de bênçãos, contagem de luas e as crenças do momento ideal do nascimento.

Assim sendo, neste momento atento para o que é coletivo na vivência das mulheres como gestantes, porém olho igualmente para o que há de particular em suas histórias e que consolidam vivências únicas e subjetivas, sempre contextualizadas nas redes de cuidado do subsistema suplementar de saúde de Porto Alegre. O desafio é, ao olhar a gravidez no seu cotidiano, mover-se entre o individual e o coletivo, suas formas e conteúdo, continuidades e mudanças, as quais desenham as trajetórias até o nascimento, desde os momentos “*de baixo d’água*” até os momentos de “*respirar*”.

6.1.1 “Até parece que estou doente!”: a cultura da vida medicalizada

Ai não sei todo mundo me trata como seu estivesse doente, mas eu não me sinto assim, me sinto grávida, só isso.”

(Angelina)

“No início parecia tudo perigoso, parecia que estava doente.”
(*Anita*)

Em nosso terceiro encontro eu vou com Leila a um grupo de gestantes em um hospital. O grupo é coordenado por uma professora do curso de Enfermagem e participam dele mais cinco alunos estagiários de Enfermagem, mulheres gestantes e dois casais grávidos. Chego antes de Leila no grupo e sou bombardeada por olhares que procuram em mim uma barriga de grávida que não existe e vou logo dizendo que sou acompanhante de uma mulher que participará e não uma gestante. Um alívio recai sobre a equipe de estudantes e uma delas refere o seguinte: “*Ah agora entendi, tava imaginando porque estarias aqui tão cedo!*”, se referindo a eu, se gestante, estar frequentando o grupo muito no início da gravidez. Fico pensando que não deve ser comum mulheres no início da gravidez procurarem grupos e que se uma delas procurasse seria motivo de estranheza por todos, como se o grupo fosse apenas para mulheres em idade gestacional mais avançada. Minha nítida sensação é que a barriga valida a participação neste grupo, antes de ter um barrigão não tem porque se informar. O grupo é aberto, com assuntos pré-definidos, mas o que é levado em conta na hora do debate é as necessidades trazidas pelas mulheres e casais. O grupo é moderado pelos acadêmicos, mas conduzido pelas mulheres que compartilham, questionam, se assustam e se ajudam, colocando suas preocupações na roda de conversa. Nessa altura, Leila já chegou e se juntou a mim na roda de debates, presta atenção em tudo com olhar atento e ansioso, se coloca em alguns momentos e pergunta muito sobre a necessidade da episiotomia no parto. E tudo no grupo gira basicamente em torno dos riscos, dos problemas, do que poderia acontecer de errado no parto. O foco é em problemas: necessidade de UTI neonatal se o bebê passar mal, o parto como algo que pode gerar problemas no bebê, o risco de sofrimento fetal e os procedimentos realizados que podem gerar este sofrimento, a dor do trabalho de parto, os mitos em relação ao momento do parto, a depressão pós-parto, o risco de esperar muito para ir para o hospital e o risco de troca de plantão enquanto se está parindo. A palavra de ordem é RISCO. E a equipe de alunos que conduz o debate não tira esse foco, dando informações as vezes contraditórias e explorando a questão do risco e dos problemas possíveis, sem desviar o foco para as questões positivas do parto e nascimento. E eu fico ali, quieta, me perguntando por que as mulheres não contam nada de bom sobre o parto normal e a gravidez, tudo parece ser sobre processos geradores de risco por excelência. Tudo gira em torno de que algo possa dar errado, de que o desfecho seja patológico, que doa, de algum problema ocorra, como se a porcentagem de partos problemáticos fossem a grande maioria. A impressão que tenho é que nascer é muito complicado, muito arriscado e se for por parto normal mais ainda. Nenhuma história ou colocação positiva sobre o nascimento. E isso me impressiona muito. Pelo jeito as mulheres não escutam nada de bom sobre parto normal e como, no Brasil, os índices de cesariana são muito altos, a impressão que dá é que realmente gestar e parir é um risco enorme, tendo que ser controlado por profissionais que possam prevenir todos estes riscos à segurança da mãe e do bebê. E as

poucas histórias sobre partos normais que as mulheres escutam sempre são tão carregadas de cuidados violentos, sofrimento e dor, que não há nada de bom a ser repassado sobre um parto vaginal. Leila me diz o seguinte: *“E mulher nasceu pra sofrer neh...ponto. Então o parto é só mais uma das coisas, parte do sofrimento inerente a condição do feminino, mas não é neh. E ninguém te conta alguma coisa assim, tipo ai meu parto foi legal, é tão bom ajudar a trazer seu filho ao mundo. Não, as pessoas só lembram da dor sabe. Ou ela é muito nova, não vai aguentar o tranco porque um parto é muito sofrimento, ai é sempre os termos...”* Além disso, Leila me diz que as pessoas costumam desestimular muito em relação ao parto, o qual sempre é uma tentativa, mas não uma possibilidade real. Muitos, inclusive profissionais, a desencorajam em relação ao parto, sempre falando do sofrimento, da dor e da não necessidade de passar por isso. Para ela é difícil quando é desencorajada, porque as vezes se sente forte para lutar e manter o que deseja, mas em outros momentos se sente fraca e precisa de apoio, então estes desencorajamentos podem realmente atingi-la. Quando faz uma pergunta no grupo ela também segue essa mesma linha do foco em problemas ou procedimentos e questiona muito sobre a episiotomia e sua realização. Ela conta no grupo que não deseja, que tem muito medo de que façam e que quer garantir que isso não ocorra. Um casal também se posiciona da mesma forma e percebo que ela se identifica logo com os desejos desses. E as perguntas continuam: risco do cordão umbilical, de passar da hora de nascer, da mãe não saber pra onde levaram o bebê, de não conseguir amamentar e assim por diante. E os acadêmicos que acompanham mantêm o foco e orientam de forma mecânica. Além disso, por vezes sinto que eles orientam as mulheres e casais a serem um pouco resignados, a aceitarem alguns procedimentos que serão obrigados a passar se *“não tiverem sorte”* de pegar um bom plantão. A questão passa a ser ter sorte e não direito. Se você sofrer muitas intervenções é azar e não descuidado? Pra mim, ali no canto da sala, escutando tudo, ao serem condescendentes com isso, não trabalhando no grupo com orientações que possibilitassem o empoderamento das mulheres, os profissionais que ali se encontravam auxiliam na manutenção desses descuidados dos quais elas fogem e possuem tanto medo. No mesmo dia, ao chegar em casa, Leila me manda algumas mensagens me contando que sentiu-se preocupada e ansiosa depois da visita. Que quando foi tomar banho chorou bastante com medo de algumas coisas. Ela conta que conversou um pouco com a doula que tentou falar mais do parto domiciliar, mas isso pra realidade dela agora não é viável. Leila parece ter ficado pior. Converso com ela e explico que este nervosismo e ansiedade são normais e que ela precisa se permitir sentir tudo, seus medos e angústias e ir entregando para que o parto flua. Ela finaliza a conversa relatando que pensou bastante depois e que está se permitindo sentir tudo, para que possa empoderar-se do seu parto, dos seus desejos e não deixar que nenhum profissional seja seu *“carrasco”* na hora do parto. Eu sinceramente acho que fica difícil empoderar-se depois de ouvir tanto sobre risco, perigo e desfechos ruins.

(Notas do diário de campo, 2014)

Escolhi iniciar esta sessão a partir das falas mencionadas acima, bem como do trecho extraído do diário de campo, justamente pelo que ambos os materiais se propõem a demonstrar: a evidência clara do processo de medicalização da gestação e do parto enraizados tanto no contexto de vida da mulher, quanto nos ambientes de cuidado que as assistem. **Angelina** e **Anita** não apresentavam problemas de saúde, suas gestações não tinham sinais de risco, elas não sentiam-se doentes, mas eram vistas socialmente como duas mulheres que necessitavam de cuidados e que pareciam estar convalescendo. **Leila** foi em busca de um grupo de gestantes que se intitulava como de promoção da gravidez saudável, mas que em seu conteúdo básico de debates e de apresentações, resumiu-se em um acumulado de informações sobre riscos e perigos do parto e nascimento, fazendo com que ela voltasse para casa ao final do dia mais assustada do que nunca.

As três vivências relatadas têm em comum o olhar com o que Leila, Angelina e Anita eram vistas, as formas como a sociedade as enxergava e as maneiras com as quais elas deveriam perceber-se como sujeitos-grávidas. Para sua família e amigos Anita e Angelina, enquanto gestantes, eram mulheres frágeis, deveriam se cuidar mais, descansar, não se esforçarem muito e principalmente deveriam manter uma boa saúde. Já Leila, enquanto gestante, deveria informar-se sobre todos os riscos advindos da gestação, todas as fragilidades que agora ela estava vivendo e os perigos que poderiam surgir a partir de suas escolhas em relação ao parto. Não haviam momentos de relaxamento enquanto grávidas, elas precisavam manter a atenção redobrada, sempre conectadas aos riscos que a sua condição atual lhes possibilitava e sem receberem nenhuma informação positiva sobre os processos que estavam vivenciando.

As relações eram definidas basicamente pelas preocupações, pela dependência biomédica de cuidados e pelo olhar atento aos riscos. Tratava-se claramente do velho e 'nada bom' discurso da medicalização da vida, atuando de maneira forte e significativa nas conduções das mulheres frente à gestação e ao nascimento.

A dinâmica da medicalização social da gestação, com seu discurso do risco, do perigo e da prevenção, insere-se no que Ivan Illich (1975) denomina de "*invasão da medicina*", evidenciada na cultura da dependência social do saber médico para o bem viver e que resulta em um constante congestionamento de mercadorias produzidas para o consumo

pessoal e coletivo, proveniente dos “*produtores de saúde*”. Nesse contexto, gestar e parir são processos subscritos no fazer biomédico, o qual produz saberes e tecnologias de consumo cada vez mais seguras e apropriadas para o bem nascer.

Esse paradigma de assistência faz parte do amplo processo de medicalização social, o qual se caracteriza como um processo sociocultural que transforma em necessidades médicas as vivências e as experiências dos indivíduos, antes enfrentadas no meio social em que viviam (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010). Segundo Miles (1991) medicalizar é transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina, de maneira a assegurar a conformidade com a norma social. Trata-se da tecnologia terapêutica com uma moralidade fundamentada na obediência, o que faz com que esta tecnologia disciplinar se oriente simultaneamente a indivíduos e grupos como objetos de saber e de intervenção (CAPONI, 2000)

A ciência médica se torna uma moral, tendo como critério supremo um ideal de saúde. E a partir desse ideal qualquer sinal de dor é visto como inaceitável devendo ser combatido pelo ato médico (MARTINS, 2004). A medicalização surge com o crescimento do número de problemas de vida que passaram a ser definidos em termos médicos, o que possibilitou a transformação de aspectos próprios dos sujeitos em patologias, diminuindo o espectro do que se considerava normal ou aceitável e aumentando a jurisdição médica (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

O fenômeno patológico passa a ser compreendido como toda variação quantitativa do normal (CANGUILHEM, 2012), o que levou conseqüentemente ao fortalecimento do poder das explicações biomédicas para os comportamentos normais e anormais, tornando os diagnósticos dispositivos importantes frente às intervenções (FIGUEIRA; CALIMAN, 2014). E se pensarmos por meio desta lógica de raciocínio, não há nada mais estranho e fora dos padrões da normalidade do que uma mulher gestando, com suas imprevisibilidades e sensações que, por mais controladas que possam estar sendo, nunca serão totalmente desvendadas pelo saber científico.

Nesse contexto, o cuidado a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal sofreu influência considerável da medicalização social, fazendo com que a gestação e o parto deixassem de ser eventos culturais e particulares e passassem a ser institucionalizados, hospitalares, transformando-se de únicos e subjetivos para mulher e a sua família em científicos e privilegiados para o treinamento médico (GOMES, 2011). A emergência do

hospital, e neste caso a hospitalização do parto, possibilitou o vínculo da clínica com a anatomopatologia, estabelecendo um encontro entre o poder disciplinar e um saber médico orientado para o meio, possibilitando a individuação dos sujeitos, a observação contínua, permanente e individualizada, devendo os 'doentes' uma obediência ilimitada e uma aceitação de certas verdades (CAPONI, 2000).

Para Nagahama e Santiago (2005) a consolidação da hospitalização da gestação e do parto foi fundamental para o estabelecimento da medicalização do corpo feminino, culminando com a desumanização do cuidado e a transformação da mulher de sujeito para objeto, tornando-a propriedade institucional durante o processo de nascimento. Uma prática obstétrica medicalizada pode ser caracterizada por atitudes dos profissionais que definem a mulher como objeto passivo de sua assistência, realizando procedimentos invasivos sem critérios definidos e possibilitando sua baixa autoestima devido a uma sensação de incapacidade durante o processo de parir (VARGENS; PROGIANTI; SILVEIRA, 2008).

Angelina e Anita começaram a duvidar de si mesmas, duvidar sobre o que elas sentiam, passando a se questionarem sobre a sua condição real, se como gestantes ou como doentes. Diminuíram suas atividades, pediram licenças de seus trabalhos e "*repousaram no leito*", mesmo não possuindo condições que indicassem um risco à gravidez naqueles momentos. Elas seguiram rigorosamente as orientações médicas conforme haviam sido prescritas, como um sujeito diabético que segue recomendações de dieta rigorosas ou um hipertenso que controla sua pressão arterial semanalmente. Realizaram mais ecografias do que necessário, muitas vezes não conseguindo explicar o porquê de estarem realizando esse exame, a não ser "*pela necessidade de controle da saúde do bebê*".

Leila, por sua vez, buscou informação, acreditando que voltaria para casa mais segura de sua escolha pelo parto normal, mas adentrou em um ambiente onde o discurso do risco dominava os saberes, um espaço em que as vivências gestacionais e de parto eram geradoras de medo e insegurança e que, de forma mais cruel ainda, ensinava-a a resignar-se com seu destino de "*má sorte*". Ela chora ao chegar em casa por não desejar ser atendida por um "*carrasco*" e pelo medo de "*não cair em um plantão bom*". Ela tinha um plano de parto escrito, digitado e assinado, levou até o encontro do grupo, mas como objeto passivo da assistência medicalizada ela não poderia nem deveria utilizá-lo, cabia a Leila apenas

resignar-se e aceitar o cuidado que lhe seria fornecido, mas ela já estava bem informada disso.

Não há outra solução frente a todos estes aspectos do que a busca e a luta pela humanização da assistência, pautada na ética, no acolhimento e no cuidado respeitoso e integral. A humanização visa uma mudança na compreensão dos processos de gestar e parir como experiências humanas e, para quem os assiste, uma transformação nas formas de participação e cuidado frente às mulheres e famílias. Acredita-se que esta proposta possibilite a redefinição das relações humanas na assistência, com revisão do projeto de cuidado e a reconfiguração da técnica e do espaço reservado ao parto e nascimento (NASCIMENTO et al., 2010; PEREIRA et al., 2007; NOGUEIRA, 2006; DESLANDES, 2005).

Pensando nisso o sistema de saúde brasileiro procurou se reorganizar para dar conta das necessidades das mulheres e famílias durante o contexto da gestação até o puerpério. Para isso implementou estratégias de acolhimento das gestantes ao sistema de saúde, iniciou a discussão sobre a urgência de mudanças das práticas rotineiras e incluiu a mulher como centro das ações e participante ativa das decisões sobre seu cuidado (BRASIL, 2002). Contudo, mesmo com tantas iniciativas em prol da humanização, os modelos de cuidado, tanto no sistema público, quanto na saúde suplementar ainda não alcançaram os patamares desejados e reivindicados pelos movimentos sociais.

Vários estudos realizados evidenciam que as ações de cuidado durante a gestação, parto e puerpério, não vêm sendo baseadas na perspectiva da humanização da assistência, conforme determinado pelas políticas e estratégias nacionais. Albuquerque et al. (2011), ao estudarem a produção do cuidado integral durante a atenção pré-natal, concluíram que os princípios de acolhimento, vínculo e responsabilização não são dispositivos utilizados pela equipe de saúde, pautando-se o cuidado nos valores individuais de cada profissional e nas relações burocratizadas. Além disso, barreiras no acesso ao pré-natal, demora na marcação de consultas, peregrinação anteparto e lacunas referentes à qualidade no atendimento fazem da qualificação do pré-natal um desafio para gestores e profissionais de saúde (PEIXOTO et al., 2011; LÍBERA et al., 2011; CASTRO; MOURA; SILVA, 2010; MENEZES et al., 2006; COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005).

O contexto intervencionista do modelo médico hegemônico ainda se faz presente. Na atenção ao pré-natal e ao parto na saúde suplementar o que se observa não difere muito da realidade do sistema público. Cordova (2008) refere que a atenção ao pré-natal e ao parto

neste setor permanece distante da lógica da integralidade e da promoção em saúde, sugerindo uma atenção predominantemente médica, com ênfase nas intervenções e nos procedimentos, em detrimento dos espaços de escuta e acolhimento. Conill et al. (2008) chamam a atenção para o elevado número de cesarianas, evidenciando diversos fatores que contribuem para este fato e destacando como um deles a crença cultural na eficiência da tecnologia médica e na palavra dos profissionais, os quais apresentam certa conivência, omissão e estímulo para a realização deste tipo de intervenção em usuárias de planos de saúde.

As mudanças possíveis neste processo esbarram no modelo de atenção predominante na saúde suplementar, focado no profissional médico e no uso rotineiro de intervenções, o que acaba por caracterizar o cuidado pela ausência de partos vaginais, baixíssima proporção de indução ao parto e manejo inadequado do mesmo, levando ao excesso de cesarianas eletivas e a indicações inadequadas para este procedimento (DIAS et al., 2008). A lógica que opera no setor se dá a partir de uma razão instrumental e prescritiva, limitando-se a um cuidado fragmentado e apresentando-se por meio da hegemonia do modelo médico-assistencial (FREITAS et al., 2011).

Acredita-se que, uma mudança do atual modelo de atenção obstétrica no setor suplementar depende de uma mudança cultural dos atores do mercado de planos de saúde, tornando necessária a mudança do paradigma de atenção ao parto (ANS; 2009).

Cabe ressaltar que, em ambos os setores, as maternidades apresentam frequência elevada de intervenções durante a assistência ao nascimento, bem como índices de cesariana além do indicado pela OMS. Entretanto, a maternidade pública, apesar de atender uma clientela de maior risco gestacional, tende a apresentar perfil menos intervencionista e taxas de cesariana menores do que as maternidades privadas, observando-se preferência significativamente maior pelo parto vaginal nas instituições públicas de atendimento (MANDARINO et al., 2009; D'ORSI et al., 2005).

Conill et al. (2008) destacam que, em relação ao percurso assistencial na experiência de gestação e parto, o itinerário segue a lógica do modelo biomédico com um fluxo “consultório-laboratório-maternidade”, mas sem problemas no que diz respeito a cobertura e acesso. Nesse contexto, tanto a influência da opinião do profissional médico quanto o modelo de cuidado instituído durante todo pré-natal, acaba por desencadear as altas taxas

de cesariana neste setor, as quais só poderão ser modificadas a partir de um novo cenário de cuidado baseado no compromisso ético com a vida (DIAS et al., 2008; MALTA et al., 2004).

Com a exigência de uma atenção mais especializada, e, portanto mais cara no setor suplementar, inicia-se uma aparente seletividade para a escolha da cobertura assistencial nos planos de saúde, ocorrendo uma diminuição dos cadastros de beneficiárias com cobertura para obstetrícia e um consequente aumento das internações para gravidez, parto e puerpério no SUS (SCATENO, 2004). Pode-se identificar ainda a existência de um *mix* público-privado no sistema profissional de cuidados com a utilização de serviços de média e alta complexidade, bem como para obtenção de medicações de uso contínuo (CONILL et al., 2008; SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008), situações que na obstetrícia podem estar configuradas nos casos da ocorrência de uma gestação de alto risco.

Além disso, o SUS aparece como principal fonte pagadora para realização de parto normal, havendo uma retração dos planos no financiamento deste procedimento por parte dos planos de saúde (PORTO; SANTOS; UGÁ, 2006), o que torna mais evidente o estímulo ao parto operatório neste setor como já foi citado anteriormente. Prizskulnik; Maia (2009) concluem que, a partir de uma assistência obstétrica focada da tecnologia e com o avanço da cesariana, os custos hospitalares para as operadoras de planos de saúde aumentam, o que pode ser resolvido com pequenas modificações significativas em prol do parto humanizado.

Apesar de todos os esforços referentes à desmedicalização da assistência e a humanização da atenção obstétrica no país, muitos são os desafios e maiores ainda são os obstáculos que precisam ser ultrapassados para que se instaure um cuidado acolhedor e qualificado neste setor. Há décadas estas perspectivas vêm sendo pensadas e discutidas, mas, mesmo assim, pouco ainda se avançou nas práticas cotidianas de cuidado. É preciso que as mulheres conheçam a proposta da humanização da assistência e que possam defender o direito de serem atendidas de forma acolhedora e ouvidas em seus desejos e necessidades. É urgente que estas mesmas mulheres possam exprimir suas opiniões sobre o tipo de parto que desejam e sobre a forma que querem ser cuidadas durante o processo de nascimento, o que possibilitaria o espaço necessário à desmedicalização e ao protagonismo feminino (DIAS, 2006).

Para isso, ambos os sistemas de atenção no SUS, seja na saúde pública ou suplementar, precisam de transformações significativas em suas estruturas e modelos

vigentes, com mudanças significativas nos paradigmas que conduzem a ação dos profissionais. Afinal, a humanização depende das mudanças das pessoas, na possibilidade de desalienação dos sujeitos e de transformação do trabalho em processo criativo de construção de vínculos entre equipes e usuários (CAMPOS, 2005). Somente a partir destas concepções e transformações, pode-se caminhar para construção de uma atenção obstétrica qualificada, humanizada, acolhedora e em defesa da vida.

6.1.2 “Difícil é achar um obstetra que faça obstetrícia”: a peregrinação por um profissional na saúde suplementar de Porto Alegre

Do parto eu já sabia, então eu já tinha previamente pensado no médico. Isso também foi uma das coisas que me direcionou pro médico, porque eu comecei a ver...ah diz que esse é parteiro, esse não é...mas depois se eu pego um que só quer parto normal e aí se eu to mais pra cesárea, também teve isso...então esse eu já conhecia... Porque aí tu fica assim com dois corações. Ah será que vale a pena, mas depois se eu quiser normal, ele vai fazer tão bem se ele é mais cesárea...tu também fica pensando nisso. O que prejudicou entre aspas um pouco foi por ele não fazer tanta obstetrícia, que tem mais isso, ele não fazia tanto, entendeu? De repente um outro médico que fizesse mais que fosse mais, que atendesse mais.

(Angelina/ grifos da pesquisadora)

Na verdade eu até me surpreendi pela minha médica aceitar fazer parto, porque a minha experiência é que muitos médicos nem aceitam, já avisam logo de cara que não fazem. Não se dispõe ou cobram uma taxa enorme de disponibilidade. Então, isso me surpreendeu que a minha não cobra taxa. Hoje é difícil achar um obstetra que faça obstetrícia né.

(Simone/ grifos da pesquisadora)

Folhei a lista do convênio, liguei para vários consultórios, mas só esse médico que faz obstetrícia. Então fui nele.

(Jane)

Muito se comenta e se estuda sobre a peregrinação anteparto das mulheres atendidas pelo setor público de saúde, identificando-se que, apesar da existência da Lei nº 11.634/2007, a qual dispõe sobre o direito de vinculação da gestante desde o pré-natal, o fluxo de gestantes em busca de atendimento obstétrico no momento do parto continua gerando uma verdadeira peregrinação de mulheres à procura destes serviços. Fatores sócio-demográficos e culturais maternos são utilizados para explicar a dificuldade no acesso aos serviços de atendimento a gravidez e ao nascimento, mas reais soluções para esta

ocorrência ainda não foram delimitadas pelos gestores públicos, evidenciando desafios persistentes que precisam ser melhorados (VIELLAS et al., 2014; BARRETO, 2013; SANTOS et al., 2011; CUNHA et al., 2010; MELO et al., 2007; MENEZES et al., 2006).

No entanto, nada se comenta sobre a possível existência de peregrinação também das mulheres no subsetor suplementar, a qual não ocorre no momento do parto, como no setor público, mas sim durante o pré-natal, momento em que elas buscam um profissional em seus planos de saúde que correspondam a suas expectativas e respeitem os seus desejos. A maioria das mulheres que acompanhei recorreram a no mínimo dois profissionais diferentes até encontrarem os obstetras ideais ou, se isso não era possível, até elas se conformarem com os profissionais que seus planos de saúde ofereciam.

De acordo com o dicionário da língua portuguesa a palavra ***peregrinação*** significa viagem até países longínquos, por terras distantes. O ato de peregrinar significa ir atrás, seguir caminhos longos em busca de algo de interesse, e se são caminhos longos e distantes são, *per se*, eventos difíceis de serem vividos e que exigem esforços daqueles que seguem por estes caminhos. São deslocamentos espaciais, caminhadas concretas, efetivas, na direção de um objetivo, sempre associadas à sacrifícios e muitas vezes chamadas de “romarias”, termo católico que se estende a todas as peregrinações dos membros desta igreja em particular (MCHAEELIS, 2015; MAUÉS, 2013; STEIL; CARNEIRO, 2008; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

Sem expressões religiosas presentes, mas com o sentido de caminhada longa e de busca por um objetivo, é que as mulheres desta pesquisa buscaram seus obstetras “ideais”, aqueles que poderiam escutá-las e acolher suas vontades e escolhas. A peregrinação iniciava-se com a busca na lista do plano de saúde pelos obstetras que estavam cadastrados nos mesmos. Depois de uma pré-seleção, quase sempre feita pela lógica da localização do consultório, as mulheres buscavam informações nas redes sociais e nas redes virtuais sobre os profissionais pré-escolhidos, determinando aqueles que valeria a pena visitar e ouvir.

A primeira dificuldade encontrada nestas peregrinações foi encontrar, no plano de saúde conveniado, um obstetra que se dedicasse a obstetrícia. Por mais que a frase soe estranha ou contraditória, essa foi a realidade que vivenciei com elas, foi difícil encontrarmos profissionais médicos, especialistas em ginecologia e obstetrícia e que não

exercessem apenas ginecologia. E foi justamente tamanha contradição que me chamou bastante atenção.

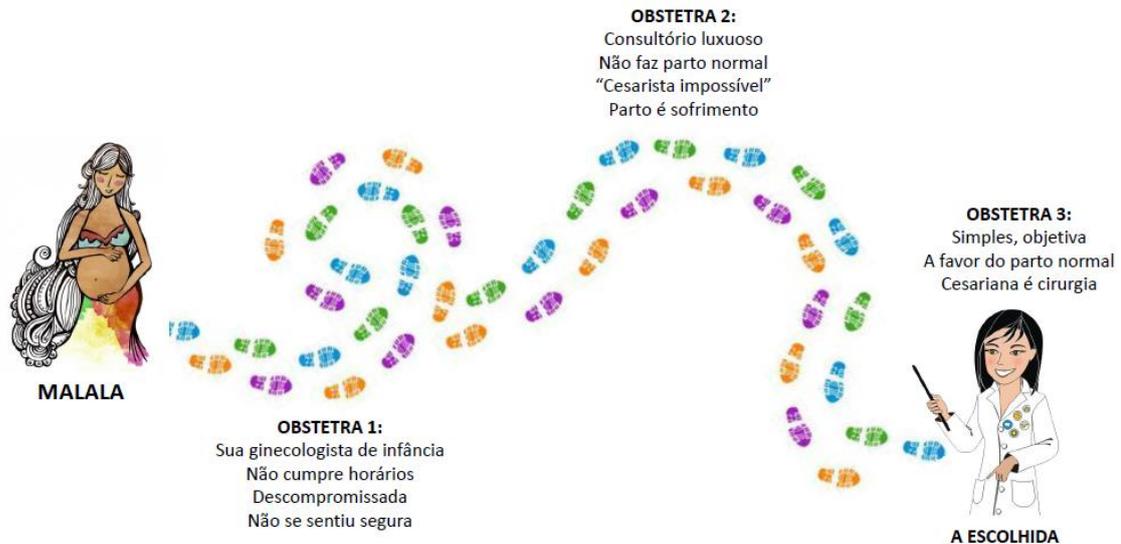
A maioria só faz ginecologia, não quer mais fazer obstetrícia.
(*Jane*)

As explicações referidas pelas próprias mulheres para este fato foi o fato de que “*fazer obstetrícia*” não tinha hora, exigia dos obstetras estar sempre “*à disposição*”, sem horários ou vida pessoal, e que, devido a isso, muitos destes profissionais estariam desistindo do atendimento desta especialidade, ainda mais nos dias de hoje, em que “*buscamos o parto normal*”, como referiu **Angelina** em um de nossos encontros. Devido a todos estes fatores a obstetrícia estaria sendo abandonada e cada vez fica mais difícil encontrar bons obstetras conveniados aos planos de saúde.

A partir de então a peregrinação continuava como uma romaria realmente, na qual as mulheres caminhavam de consultório em consultório testando os profissionais, ouvindo o que eles tinham a dizer e tirando suas próprias conclusões. Aquelas que possuíam mais de um profissional obstetra cadastrado em seu plano, marcavam consultas com os médicos indicados pelas suas redes sociais, e aí as diferenças se acentuavam, entre quem “*faz obstetrícia ou quem faz cirurgia*” como cita **Malala** em uma de nossas conversas.

A peregrinação de **Malala** contou com uma vasta busca nas redes sociais, seguida por comparação das indicações recebidas com a listagem de médicos do plano de saúde e, por fim, com a visita há três profissionais diferentes. Dos três, Malala escolheu a terceira obstetra que lhe atendeu, depois de mais de um mês de buscas e muita ansiedade para encontrar alguém não “*cesarista impossível*” e “*a favor de um parto normal*”. (Figura 16)

Figura 16 - A peregrinação de Malala por três obstetras diferentes, 2014



Fonte: Informações da pesquisa, 2014.

Leila morava em outro estado quando iniciou sua peregrinação em busca de um obstetra porto-alegrense adepto do parto normal e que fosse conveniado ao seu plano de saúde. A listagem de credenciados pelo plano era grande, mas a opção indicada após buscas nas redes sociais virtuais, dentre todos os listados, encontrou apenas uma profissional que, de acordo com ela, “fazia obstetrícia”. No entanto, devido ao perfil “humanizado” da profissional sua agenda estava lotada e só atenderia ela após alguns meses, fazendo com que Leila buscasse outra profissional apenas para as primeiras consultas e depois continuasse com esta obstetra, escolhida por meio das buscas virtuais e recomendações.

E ai veio a época de eu me mudar pra cá e como que eu vou fazer em Porto Alegre? Se puser na internet acha tudo, daí vai pesquisando e ai antes de vir pra cá eu já queria ter uma consulta com a doutora Ângela, que aqui já sabia de dois obstetras que eram humanizados, a doutora Ângela e o Roger, mas daí ele eu nunca queria ir com ele, porque ai é homem e ai eu não me sinto à vontade, eu acho que pra tratar de uma mulher nenhuma pessoa é melhor que uma outra mulher, principalmente nas coisas de saúde, se ela for cuida, vai entender, enfim. E ai eu já queria vim consultar com ela desde antes de viajar, cheguei aqui em janeiro, já peguei referência pela internet, que um recomenda, dai você bota o nome no Google, vai procurar currículo, vai procurar tudo. E ai quando eu vim pra cá em janeiro, até que eu fizesse o plano, até que liberasse e eu morando na casa dos meus sogros, com a minha cunhada, e todo mundo teve parto lá com a doutora Márcia, que foi a primeira que me atendeu. No começo do ano a doutora Ângela só tinha consulta pra maio, eu vou ter que segurar as pontas com essa ai mesmo, fiquei no começo com a doutora Márcia e ai passei pra

doutora Ângela depois. Mas, vem um pouco de pesquisa e um pouco de recomendação.

(Leila)

Anita e Simone não tiveram a mesma possibilidade de busca (ou seria peregrinação?) que **Malala** ou **Leila** tiveram, pois seus planos de saúde contavam com o oferecimento de apenas um profissional obstetra. O fato é que nenhum dos dois oferecidos pelo plano era adepto do parto normal, fazendo com que elas precisassem se indispor com o profissional durante o pré-natal em busca do que desejavam para o seu parto, mas no final resignaram-se com os nascimentos que lhes foram oferecidos.

Meu obstetra não gostou que eu queria parto normal, dizia que não ganhava para isso, mas eu não tinha outra opção no plano, então fiquei com ele mesmo.

(Anita)

Eu não tive opção, o plano só oferecia ela e ia ter que ser o parto que ela fazia mesmo.

(Simone)

Muitas vezes, apesar das mulheres desejarem participar do seu parto e de verbalizarem suas necessidades, escolhas e preferências, elas não encontram ambientes e condições favoráveis para que seus desejos sejam viabilizados. As gestantes, sejam do sistema público ou privado, possuem um projeto de parto, o qual muitas vezes é o normal, e para tanto acabam buscando um profissional médico que respeite sua decisão e não realize intervenções desnecessárias, o que na maioria dos casos não acontece, o que as levam a considerar que estas decisões pertencem aos profissionais (SODRÉ et al., 2010; FIGUEIREDO et al., 2010; GUERRA, 2010).

Para algumas mulheres a peregrinação finalizou quando encontraram o que desejavam no final do caminho, para outras não houve possibilidade nem de peregrinar atrás de suas escolhas, pois os planos de saúde não lhes ofereciam nem esta oportunidade. A frase *“encontrar um obstetra que faça obstetrícia”* ainda me causa um estranhamento enorme, me levando a reflexões sobre a escolha feita por estes profissionais e sobre a ética médica envolvida nestes casos.

Peregrinar para encontrar um obstetra que seja obstetra é cruel, é diminuir as possibilidades das mulheres de escolherem os seus caminhos, de desenharem os seus

trajetos até o parto/nascimento desejado. A concepção religiosa do sacrifício da peregrinação encontra-se justamente neste ponto: qual o sacrifício que a mulher vai assumir durante a sua romaria pessoal em busca do obstetra ideal? Ela peregrinará pela lista do plano de saúde, telefonando para os consultórios, visitando os profissionais até encontrarem (ou não) aqueles que lhes respeitem como sujeitos autônomos sobre seus corpos e escolhas? Ou o sacrifício será o de desistir do que desejam para não passarem por esta peregrinação?

Encontrar um obstetra que faça obstetrícia nada mais é do que encontrar alguém que respeite as suas escolhas e não delimitem os seus caminhos. É tentar fugir dos procedimentos desnecessários, das intervenções de rotina que assustam, dos cortes do períneo indiscriminados, das cesarianas sem indicação clínica e da separação do recém-nascido no pós-parto imediato. É deslocar-se, movimentando-se por itinerários que fogem da captura e medicalização dos corpos, em busca do parto que desejam, reafirmando a possibilidade de parir a partir da construção da autonomia feminina (MEDEIROS, 2014).

Não encontrar nos planos de saúde obstetras que dediquem-se a obstetrícia é apenas mais um plano do movimento intenso de medicalização do nascimento, movimento este que aprisiona a vida nas malhas de uma lógica técnica que pretende compreender o ser humano como um ser biológico e determinístico (DANTAS, 2009). Assim como Illich (1975), ao afirmar que o consumidor de cuidados médicos torna-se impotente para curar-se ou curar seus semelhantes, as mulheres, consumidoras da obstetrícia da saúde suplementar, tornaram-se impotentes para escolher como gestar e parir, tanto que à elas não são ofertadas muitas possibilidades profissionais para que possam escolher, já que os processos de gestação e parto são eventos científicos e não devem fazer parte das suas atribuições femininas como mulheres-gestantes-mães.

6.1.3 Mulher não tem que se preocupar com o parto: “preocupe-se com o enxoval e tira essa bobagem da cabeça!”

Partindo do debate sobre a medicalização da vida em sociedade, sigo com a afirmação de que medicalizar a gestação, um processo fisiológico e que em raros casos desenvolve-se por meio de eventos patológicos, é possibilitar um controle social sobre o corpo e a vida da mulher, determinando seus caminhos e tutelando-as pelas escolhas

médicas e científicas. Esse controle é necessário já que a normalidade feminina é, por si só, potencialmente patológica (MOSCUCI, 1996), devendo a ciência e, em especial, o saber médico, agir sobre estas normalidades, construindo parâmetros restritos que limite-as às suas adequadas funções reprodutivas (VIEIRA,2003).

E se a vivência feminina é patológica tão somente por ser feminina, os processos ocorridos no corpo da mulher também são perigosos, devendo ser controlados e principalmente observados atentamente, mesmo que sejam processos de caráter fisiológico. A normalização médica discursiva redescreve, de forma mais segura e não desviante, os eventos fisiológicos considerados naturais, remetendo-os à intervenções especializadas e medicalizando o corpo da mulher por meio da sexualidade e da reprodução (COSTA et al., 2006; ILLICH, 1975).

Dessa maneira, gestar e parir, entendidos como processos desviantes, não podem ser eventos experienciados apenas pela mulher em seu contexto, mas precisam obrigatoriamente dos saberes biomédicos e científicos que assegurem a vivência normalizada da gestação e do parto. Gestar e parir não são mais acontecimentos sociais e culturais por excelência, não são mais lugares das mulheres e de suas famílias, tradições e experiências, são sim eventos biomédicos e técnicos-científicos, nos quais o obstetra é o ator principal e seu lugar de controle está bem definido e legitimado.

Esta compreensão de “não lugares e não preocupações” das mulheres com a gestação, o parto e o nascimento fica evidente no relato que **Frida** compartilha comigo sobre uma conversa que teve sua mãe. Nesta conversa a mãe deixa claro que preocupar-se com o parto é “*besteira*” e que, como mulher-gestante ela deveria preocupar-se com coisas de mulheres-gestantes não desviantes, ou seja, com o enxoval do bebê.

Logo que eu soube da gravidez, um comentário da minha mãe que assistiu o parto do meu primeiro filho em casa foi: “Tomara que dessa vez a Frida não tenha essa besteira gastar dinheiro com parto em casa e invista em comprar o enxoval. Aí eu bem assim, eu acho que ela não entendeu a importância que foi o nascimento dele – primeiro filho - pra mim. Ela não entendeu porque a bagagem dela é outra, né... o padrão de pensamento dela é outro. Então agora com a Clara, quando ela fez o comentário eu preferi não falar sobre as minhas escolhas, e disse pro meu marido que eu não ia falar com as pessoas sobre o que eu tava escolhendo, porque eu só devia satisfação a ele que é o pai da criança e também deveria apoiar,

escolher junto. Mas optei por não falar quais eram os planos pra minha família. Pra minha mãe eu optei ficar assim. Alimentando a ideia só comigo.
(Frida)

Assim como o estereótipo de gênero instituído na frase “*lugar de mulher é na cozinha*”, lugar de mulher-gestante não é junto às preocupações e planejamentos do parto, isto é papel definido e legitimado do saber biomédico. Não deveria fazer parte dos contextos da gestação a preocupação com as escolhas referentes ao nascimento, visto que, socialmente, o “lugar” da mulher é o espaço doméstico, circunscrito pela solidão, o qual a impede um “viver feminino em comum” (DORIA, 2012; BALANDIER, 1976).

Ainda hoje, no contexto social da modernidade capitalista, existe um pensamento coletivo que determina para as mulheres lugares sociais similares aos existentes nos primórdios da humanidade, tanto dentro da família, quanto dos grupos e comunidades (SILVA et al., 2005). E, se existem estes espaços distintos para as mulheres na sociedade, é claro que existem lugares específicos para ela vivenciar a gravidez e o parto no mundo moderno capitalista e medicalizado.

Para a mulher-gestante cabe o papel de organizadora de tudo, menos do parto do seu filho. Ela deve assumir às funções “decorativas” dos espaços e lugares que o bebê ocupará em família e em sociedade, mas não deve preocupar-se com os caminhos e destinos planejados para o seu corpo e sua vida, afinal para isso têm-se os “experts” da ciência. Suas atribuições específicas na gravidez eram apenas as de “arquitetas” dos ambientes ou de “compradoras” compulsivas de roupas para o bebê e móveis para o quarto, deixando o nascimento de seus filhos nas mãos de quem conhece seu corpo melhor do que elas: os profissionais obstetras.

Eu me sinto melhor arrumando o quarto, decorando o quarto dele, planejando as coisas assim...Não me sinto à vontade pensando no parto, nas questões da maternidade. E também o Dr. Antônio me falou que esta história de parto humanizado não é assim, aí já pensei, ele quem sabe melhor né....
(Jane)

Sim, os profissionais de saúde, e em especial os médicos, são os que sabem melhor sobre nossas vidas e nossos corpos no mundo medicalizado em que vivemos. Afinal, são preparados para isso durante anos de estudo científico, legitimados em seus saberes como

os “*experts*” nos processos de saúde e doença que apreendem nossos corpos e nossas vidas. E se é assim, as mulheres precisam compreender que seus lugares são junto as “coisas de mulher” durante a gestação, tais como a casa, as roupas, a espera ansiosa do filho, sua alimentação e o exercício de um pré-natal adequado, sempre organizado e controlado por um profissional que, legitimado por uma titulação cultural e científica, compreende seus processos gestacionais e corporais melhor que elas.

Essa etiquetagem, essa crença de que *elas* nos conhecem melhor do que nós mesmos, acaba fazendo parte integrante da cultura popular quando nós aceitamos como natural e banal o fato de que gestantes possuem necessidades de cuidados médicos de rotina simplesmente porque estão gestando. Quando chegamos a este ponto podemos refletir que a vida não se configura mais como uma sucessão de eventos de saúde, mas de uma sequência de períodos perigosamente patológicos e que exigem formas particulares de consumo médico e terapêutico (ILLICH, 1975).

A ideia da mãe de **Frida**, preocupada que a filha não deveria envolver-se com as questões do nascimento de Clara; e a compreensão de **Jane**, de que seu lugar durante a gravidez não era junto ao planejamento do parto, tomam a forma de enunciados culturalmente compartilhados, discursos que expropriam da mulher sua autonomia frente às decisões e escolhas e que desenham caminhos medicalizados durante a gestação. Essa naturalização da medicalização do corpo feminino, por meio dos discursos dos “lugares” das mulheres-gestantes enquanto gestantes, acaba influenciando a capacidade da mulher de enfrentamento autônomo da experiência de gestar e parir, gerando uma dependência excessiva da medicina, a falta de autonomia e um consumo abusivo e contraprodutivo de tecnologias para a gestação e o nascimento (LEÃO et al., 2013; ILLICH, 1975).

Mas preciso deixar claro neste momento que é na vida cultural que este discurso é compartilhado e experienciado. São nas práticas cotidianas de vida, nos encontros entre mulheres e seu contexto, que a ideia naturalizada de apropriação da vivência da gestação e do parto pela medicina e a heteronomia nas escolhas dos caminhos a serem percorridos são reproduzidas e rerepresentadas. A compreensão da mãe de **Frida** sobre a mulher não dever se preocupar com o parto, mas sim com o enxoval do bebê, não é apenas da mãe de Frida, mas sim uma concepção circulante no mundo social das mulheres, estando presente em vários diálogos, situações e contatos que presenciei em meus acompanhamentos.

Isso se dá porque o pensar e o compreender as coisas acontece no mundo, é basicamente um ato social, ocorrendo no meio público, onde coexistem outros atos sociais e onde se encontram diversos padrões culturais e simbólicos que oferecem sentido aos aspectos vividos. Esse mundo cotidiano no qual se movem os membros das comunidades, seu campo social considerado garantido, é habitado não por homens – e nesse caso mulheres – quaisquer, sem histórias ou qualidades, mas por sujeitos personalizados, com classes concretas, caracterizados e rotulados, os quais são modulados pelas culturas em que estão inseridos e, assim, recriam e reproduzem suas compreensões e símbolos (GEERTZ, 2008).

Portanto, pensar no como construiu-se a compreensão das gestações e partos como “não lugares” dos pensamentos e preocupações das mulheres é ir atrás dos espaços sociais de encontro e diálogo, de escuta e repasse de tradições e crenças, nos quais a medicalização da gravidez e do nascimento adentra e normaliza os olhares sobre a maternidade e o parto. É buscar os lugares habitados pelas mulheres-gestantes com suas histórias, qualidades e personalizações, indo atrás dos momentos em que estes discursos são compartilhados e legitimados social e culturalmente. E talvez um dos lugares onde este encontro se dá de forma mais simbólica são os famosos chás de bebê, cercados por processos ritualísticos que configuram cerimoniais de passagem e de iniciação capazes de reproduzirem enunciados de maternidade pertinentes ao discurso da medicalização da vida e de expropriação das capacidades e da autonomia femininas.

6.1.4 Os chás de bebê: tradições compartilhadas e bênçãos recebidas

Um dos momentos de maior riqueza em expressões culturais, tradições e crenças que presenciei enquanto acompanhava as mulheres foram os chás de bebê. Não pude estar presente em todos os oito eventos que fui convidada, estive em apenas quatro, mas, sem sombra de dúvida, foram os momentos em que mais presenciei “pitacos”, opiniões, intromissões, mitos, crenças e tradições, repassadas de geração em geração e realizadas como uma espécie de ritual.

E hoje, após minhas idas e vindas reflexivas sobre cada um destes momentos que experienciei, é essa a concepção que construí sobre os chás de bebê: um ritual de passagem e ao mesmo tempo de iniciação. Um rito de passagem por caracterizar-se como um

momento de transição entre o ser mulher e o ser-mulher-mãe e um rito de iniciação à maternidade que se anuncia brevemente. Realizar um chá de bebê é finalmente encerrar-se como mulher-gestante e iniciar a vida como mulher-mãe.

Historicamente, os chás de bebê ou ainda chás de cegonha, berço ou fraldas como também são conhecidos, são um tipo de festejo comum nos Estados Unidos, originado a partir da ideia de dever-se comemorar junto com a mulher a chegada do bebê. Presentear mãe e filho com artigos associados à gravidez e ao nascimento, realizar jogos e brincadeiras, criar uma atmosfera lúdica em torno da mulher e acolher suas ansiedades são as principais atividades realizadas durante um chá, caracterizando este evento como um momento de transitoriedade da mulher para o estado de mulher-mãe (CLARKE, 2004; CROUCH; MANDERSON, 1993).

No formato como são conhecidos atualmente os chás de bebê podem ser considerados novos, mas as celebrações relacionadas à gestação e ao parto são bastante remotas. No antigo Egito as comemorações ocorriam após o nascimento por meio de eventos onde nomeavam-se os bebês, marcando seus direitos e sua filiação. Na Grécia antiga o momento do nascimento era comemorado por meio da verbalização de gritos estridentes, os quais demarcavam o término do parto, e posteriormente ao resguardo eram realizadas cerimônias de integração da criança à família. Na Idade Média, com a constituição da ideia do parto impuro e perigoso, as comemorações foram substituídas por cerimônias de batismo dos bebês, onde “limpava-os” de todo mal, ofereciam-se presentes para as crianças e os padrinhos eram anunciados publicamente. No período da Renascença a gravidez e o parto eram comemorados com o oferecimento de uma grande variedade de objetos às mulheres, tais como bandejas de madeira, pinturas, esculturas, roupas de cama, alimentos e outros inscritos populares, todos desejando votos de boa saúde. Por fim, foi na Era Vitoriana que o antecessor dos chás de bebê modernos começaram a tomar forma, realizando-se grandes festas após o nascimento e comemorando a chegada do bebê por meio de brincadeiras com as novas mulheres-mães (JOHNSTON, 2004; GELIS, 1991).

No mundo moderno os chás de bebê são realizados no final da gestação, antes do nascimento, no sétimo ou oitavo mês, com o intuito tanto de comemorar a chegada do bebê quanto formalizar o término do período gestacional. É como se a gravidez não pudesse ser

considerada encerrada antes deste evento, em que se reconhece a transição que está por vir e deseja-se a mulher-mãe uma “boa hora”. Trata-se de um ritual de término, uma celebração ao novo e um agradecimento pelo que já se viveu.

Dessa forma, podemos considerar os chás de bebê como eventos ritualísticos, cercados de simbolismos e significados e que marcam culturalmente o momento de transição que a mulher e sua família vivenciam ao final da gravidez. Pensar nos *chás* como um ritual é refletir sobre a relevância que este momento possui na formulação subjetiva, particular e cultural do imaginário do ser mulher-mãe. É buscar compreender quais arranjos são engendrados durante estes eventos que possibilitem sua compreensão ritualística, estruturando e organizando as posições, os valores e as visões de mundo dos sujeitos que deles participam.

Em qualquer tempo ou lugar, a vida social é sempre marcada por rituais, por eventos considerados especiais, fenômenos da sociedade que revelam representações e valores, ressaltam e evidenciam aspectos comuns a determinados grupos sociais (PEIRANO, 2003). A importância destes eventos não pode ser medida ou mensurada, suas propriedades são um fértil fomento de transformação ou afirmação de uma ordem de vida e sua existência é fundamental para a dinâmica das comunidades (TURNER, 2005).

Para Tambiah (1985) o ritual é um sistema cultural de comunicação simbólica, constituído de sequências ordenadas e padronizadas, palavras e atos contínuos e repetitivos, com arranjos e conteúdos convencionais, estereotipados, performativos e condensados, finalmente inferindo valores criados pelos sujeitos que dele participam. É, portanto, um evento etnográfico por excelência, com forma específica, que transmite valores e conhecimentos, reproduzindo relações sociais vividas no dia a dia (PEIRANO, 2003).

Ao reproduzir fatos e relações cotidianas, os ritos apresentam um caráter performativo, utilizam sistemas de comunicação simbólicos e relacionam formas e conteúdo, isto é, possuem a capacidade de comunicar enunciados diferentes dependendo dos contextos em que estão inseridos, encontrando-se nesse ponto a sua eficácia em relação à orientação e transmissão de valores (TAMBIAH, 1985). Isso possibilita que o ritual consiga esclarecer mecanismos fundamentais do repertório social, revelando processos existentes

também no cotidiano dos sujeitos, confrontando e detectando estruturas elementares da vida em sociedade (PEIRANO, 2001).

Pensando a partir das definições de Tambiah (1985) e Peirano (2003) sobre os processos ritualísticos, identifico como os *chás* de bebê podem assim ser enunciados a partir de algumas de suas características tradicionais: 1) são eventos padronizados, os quais todas as mulheres no final da gestação sentem-se quase que obrigadas a realizarem; 2) possuem ordenação, acontecem sempre após o sétimo mês de gravidez; 3) constituem-se de palavras e atos repetitivos, visto que as brincadeiras realizadas e os enunciados de maternidade evocados são os mesmos em praticamente todos os chás; 4) possuem arranjos estereotipados, performativos e condensados, reduzindo quase sempre as mulheres-gestantes em indivíduos infantilizados, muitas vezes ridicularizando-as em meio às “tarefas” que elas devem realizar durante o evento; e finalmente, 5) comunicam simbolicamente valores e conhecimentos sobre maternidade, parto e nascimento, reproduzindo as relações medicalizadas, consumistas e de diferença de gênero presentes no dia a dia das mulheres em suas redes sociais.

O momento de sentar às mulheres-gestantes na cadeira, fazer com que elas adivinhem quem deu cada presente e, caso ela erre a resposta, pintá-la ou obriga-la a pagar uma prenda, são apenas alguns exemplos das *performances* ordenadas e previamente estruturadas que constituem os rituais dos chás de bebê e que reproduzem valores de gênero enraizados em nossa sociedade dita moderna. Não é à toa que nenhuma das mulheres que acompanhei quis vivenciar este tipo de momento, deixando claro às participantes de seus *chás* que não aceitariam tais condutas ou “brincadeiras”, pois não desejavam se infantilizadas ou ridicularizadas neste momento especial de suas vidas. **Malala** referiu, em alto e bom tom, para todas as convidadas do seu chá que não aceitaria nenhuma brincadeira que a ridicularizasse ou a deixasse feia: “*Não vou ser pintada e nem pagar prenda, cheguei linda e linda sairei do meu chá de bebê!*”.

Os rituais também podem ser entendidos como ritos de passagem, relacionados à mudanças significativas pelas quais passamos em nossas vidas, sendo uma delas o nascimento. Como ritos de passagem são eventos que marcam a transição de um estado social para outro, momento em que o indivíduo não é mais o que era antes, mas também

ainda não assumiu o que será, pelo menos não até completar estes ritos finais. É preciso que o indivíduo inicie-se em seu novo status social, formando sua nova identificação, reconstituindo-se e assim, morrendo e renascendo para sua nova forma de ser (RODOLPHO, 2004; DAMATTA, 2000; HELLERN; NOTAKER; GAARDNER, 2000; GENNEP, 1978).

Para Genep (1978) os ritos de passagem exibiam uma ordem comum, sendo elas: 1) separação das condições sociais prévias – aqui entendida como a separação do ser mulher-gestante para o ser mulher-mãe; 2) estágio liminar de transição – espaço/tempo entre o chá de bebê/encerramento da gravidez até o evento do parto/nascimento; e 3) incorporação à nova condição – nascimento do ser mulher-mãe a partir do término do ritual. Para o autor é preciso enfatizar e observar a dinâmica das mudanças e transições que o ritual favorece e não apenas o ato em si.

Assim, são nos chás de bebê que as mulheres encerram sua vida social e cultural como gestantes, esperando por sua nova constituição como mães. No entanto, após o término do ritual do *chá*, elas permanecem gestantes, evidenciando que na verdade este rito somente se encerra durante o parto, momento em que a mulher reconstitui-se e renasce com um novo status social: a mulher-mãe.

Como rito de passagem e de iniciação, os *chás* de bebê tornam-se marcos simbólicos significativos no inconsciente das mulheres, tomando formas distintas de encerramento e de recomeço, influenciando suas expectativas sobre o nascimento dos filhos e as concepções de maternidade. São nos *chás* que as últimas dicas a serem fornecidas à elas são feitas, os últimos presentes são ganhos, os detalhes da reta final são definidos e compartilhados, tradições são reforçadas pelos familiares e discursos de gênero reproduzidos naturalmente.

A roupinha vermelha para o bebê sair da maternidade e ter sorte na vida é dada pela avó materna. Roupinhas amarelas são evitadas, pois podem “dar amarelão” se usadas nos primeiros dias de vida da criança. Contagem de ciclos lunares são feitas, determinando o dia exato do nascimento do bebê. O que levar na mala do bebê que irá para o hospital? Bicos e chupetas de todas as cores são oferecidos, enquanto o aleitamento materno continua sendo desvalorizado, fato que percebo na medida em que mamadeiras são ovacionadas ao aparecerem como um dos presentes ganhos pela mulher. Agradecimentos especiais são

feitos durante os *chás* aos pais dos bebês, vistos como os grandes impulsionadores deste acontecimento, discursos refutado prontamente pelas mulheres-gestantes.

Os *chás de bebê* compreendidos como processos ritualísticos fazem parte do viver das mulheres-gestantes, relacionando-se com suas práticas de vida e reproduzindo, por meio dos diálogos, encontros e enunciados, os ideais de mulher-mãe que circulam em sua rede social. Afinal, nos *chás* estão presentes quase sempre as pessoas mais importantes para a gestante, em sua grande maioria e respeitando a tradição de ser um evento feminino, as mulheres de referência em sua história, caracterizando este momento como um ritual onde as tradições e as crenças do cuidado com o bebê – e consigo mesma - serão prontamente compartilhadas e valorizadas, determinando, em muitos casos, o seu futuro estilo de “ser-mulher-mãe”.

Através da repetição e da formalidade, ditadas pelos grupos sociais, os rituais – aqui representados pelos *chás* de bebê – evidenciam uma promessa de continuidade dos ideais dos grupos que deles participam, mostrando o invisível, o subjetivo, não podendo ser compreendidos apenas como simples formalidades a serem seguidas (RODOLPHO, 2004). Os rituais vão além, são expressões claras das tradições, culturas, comportamentos, crenças, visões de mundo e de vida, e devem ser compreendidos como eventos marcados pela criatividade, o simbolismo e a complexidade contextual (PEIRANO, 2001).

Deixando brevemente ao lado (e nunca de lado) as teorizações e definições sobre os ritos e com objetivo de tornar nítida minha compreensão dos *chás* de bebê como rituais sociais engendrados na cultura, na tradição e no viver das mulheres deste estudo, descrevo a partir de agora as quatro experiências que tive com este momento. Confesso que para mim foi bastante difícil participar dos *chás* de bebê, visto que, de forma muito particular, nunca gostei deste evento, não conseguindo justamente compreendê-los ou apreender seus significados e principalmente seus objetivos.

Foi somente depois de adentrar cada um deles, experienciando seus momentos como pesquisadora atenta e olhando-os através da lente do saber cultural, que consegui essa apreensão, mesmo que parcial, e ainda sim cercada de questionamentos em aberto. Eu participei das brincadeiras, comi os salgadinhos, me misturei aos convidados, tentei pegar o “*buquet*” das futuras grávidas, trouxe lembranças lindas para casa e me permiti, como

sujeito-pesquisadora curiosa, questionar minhas próprias pré-concepções sobre os *chás*, passando a visualizá-los como um rito de passagem importante a ser vivido pelas mulheres e com significados que iam muito além do meu próprio entendimento ou gosto pessoal.

Como refere Geertz (2008), para que eu pudesse apreender os significados que os *chás* de bebê possuíam para as mulheres que eu estava acompanhando, não era necessário sentir ou pensar como elas, mas sim adentrar seu mundo conceptual, de uma forma que eu conversasse com elas, vivendo ao seu lado, mesmo que com minhas próprias concepções e ideais prévios sobre suas experiências. E foi isso que busquei fazer e que descrevo agora por meio de trechos extraídos do diário de campo desta pesquisa.

No fim, viver os seus ritos de passagem e de iniciação foram para mim uma possibilidade de experienciar meu próprio ritual de passagem, onde abandonava, aos poucos, a pesquisadora dura e pré-determinada que eu era e iniciava-me como a questionadora social que hoje subscreve este texto. Os rituais de passagem de **Diana**, **Simone**, **Malala** e **Frida** possibilitaram suas transições e reconfigurações como mulheres-mães e me oportunizaram uma transição entre a pesquisadora que eu era e a que eu serei, em meio a fraldas, cegonhas, mandalas, músicas e orações.

6.1.5 O ritual de passagem de Diana, Simone e Malala: os chás de bebês e fraldas

Meu primeiro contato com **Malala**, **Diana** e **Simone** foi apenas alguns dias antes de seus chás de bebês, o que acabou me rendendo convites carinhosos de cada uma para que estivesse presente nestes momentos tão esperados e minuciosamente organizados. Recebo um convite de ursinho de Malala, costurado por ela mesma, um azul com branco decorado com cachorrinhos de Diana e um convite estilo provençal de Simone, todos com datas em finais de semana específicos e especificando se desejavam apenas fraldas ou também roupas e outros materiais de uso do bebê.

Malala organizou um chá de fraldas, planejou com muito carinho o momento mais esperado da gestação para ela, um sonho realizado como ela mesma me relatou posteriormente. Chego ao local e sou recebida com um sorriso e um abraço forte dela, linda em um vestidinho preto, maquiada e com os olhos brilhando. O salão está cheio de amigos, homens e mulheres, com maior presença das mulheres, muito barulho, conversa, risadas, um ambiente descontraído, mas organizado e decorado com motivos de bebê e no tom de

azul claro. Um cantinho cheio de pacotes de presentes de todos os tamanhos e cores e ao fundo uma mesa com vários doces, balas, brigadeiros e um enorme bolo de fraldas brancas com uma fita azul, deixando claro que estava sendo esperado um menino. As roupinhas penduradas em um varal atrás da mesa de doces e o nome do bebê finalizam a decoração carinhosamente preparada por Malala.

O marido é o fotógrafo oficial do evento, registrando tudo e todos que se movimentavam no salão. Fora ele apenas mais três homens compõem a festa, deixando claro que trata-se de um encontro feminino, onde somente os homens mais próximos possuem o direito de participar (pai, avôs e padrinho). A mãe de Malala passa nas mesas deixando um *kit* de brincadeiras contendo uma cartela de bingo, um jogo de verdadeiro e falso e um de adivinhar o que tem na bolsa do bebê, o que parece divertir não só a mim, mas todos os convidados presentes.

É um chá de bebê onde a mulher-mãe exige não ser pintada ou ridicularizada, como ela mesma relata, ela está linda e permanecerá assim durante todo tempo. Escrevemos recadinhos em uma folha e colocamos em uma caixinha com o nome do bebê, a qual ficará no quarto dele. São desejos carinhosos de todos os que ali estão e me parece uma reunião de pensamentos e energias positivas que Malala estaria juntando para receber o novo membro da família em casa. É uma rede carinhosa de acolhimento ao bebê e a nova família.

Durante esse momento, a televisão que estava ali é ligada e um vídeo com fotos de Malala e seu marido durante a gestação é iniciado. A música que toca é "*A Thousand Years*" de Cristina Perri, e a mesma só para de tocar ao final do vídeo, onde um silêncio se instala para que todos possam ver o bebê na ecografia e ouvir seu coração batendo acelerado. Fico emocionada, a música canta um amor de mil anos e eu acho que é este tipo de amor que acolhe este bebê no momento:

I have died every day waiting for you
Darling don't be afraid
I have loved you for a thousand years
I'll love you for a thousand more.

Logo após começam as brincadeiras e é aí que os convidados opinam de todas as maneiras possíveis, deixando claro suas ideias, valores e costumes. As palavras da hora são:

chupeta, mamadeira, fralda, tudo o que seria essencial para a vida do bebê nos primeiros momentos de vida. Será? Eu, obviamente, errei quase tudo, afinal coloquei o que eu achava que deveria ter na bolsa da maternidade e não o que Malala acredita ser importante. No fundo agi como todos os outros convidados: opinei a partir da minha visão do que era importante e não da dela.

E observar o que as pessoas falavam foi o mais interessante: “*Mas que bolsa é essa sem mamadeira?*”, disse uma tia indignada; “*Escovinha de gengiva? Mas isso nem é pra tá na bolsa da maternidade*”, solta uma amiga; “*Bico! Agora sim todo mundo acertou!*” verbaliza alto a avó materna. Malala reagia a cada comentário, respondendo ou rindo, mas mantendo sua opinião bem firme. Mesmo sendo uma brincadeira, era necessário que ela sempre se explicasse do porquê tinha escolhido cada coisa, como se fosse necessária uma explicação convincente para todos de que aquilo era realmente relevante para ela e o bebê, senão o fato não era aceito.

Após as brincadeiras, Malala e o marido pedem silêncio e, sempre acariciando a barriga (ou o bebê) começam a agradecer a presença de todos e fazem uma homenagem aos seus pais e familiares próximos. E é nesse momento que percebo a ligação forte que Malala possui com sua avó materna, a qual não se faz presente por motivos de saúde. Ao falar dela, Malala se emociona, chora e refere que a avó é o exemplo de figura materna mais forte que ela teve em sua vida, influenciando-a tanto no seu amor pelos animais quanto na sua inspiração e no seu ideal de como ser mãe.

Por fim, Malala joga o “*buquet*” de grávida para várias convidadas que desejam engravidar, inclusive eu. A crença é de que a mulher que pegar o “*buquet*” será a próxima a engravidar. Eu tento, mas não consigo pegar e me despeço agradecendo o carinho com que fui recebida e me sentindo muito feliz de poder não só observar, mas fazer parte desta experiência.

Meu acompanhamento com **Diana** também se inicia em um sábado, data em que ela festejava o Chá de Fraldas do bebê, o qual foi dividido em dois momentos distintos: a tarde para amigos e colegas de trabalho e a noite para familiares. Isso me chama a atenção, afinal, a família para Diana e seu companheiro são mesmo uma instituição muito significativa e que merece momentos em particular, tanto que o chá da noite será diferente no cardápio e na decoração do ambiente.

Eu, como pesquisadora e não desejando impor minha presença em momentos mais íntimos, resolvo que vou participar apenas no turno da tarde. Chego no salão e contemplo mesas espalhadas e decoradas com cachorrinhos de feltro, colegas que chegam e vão se juntando por afinidades, salgadinhos e docinhos, além de refrigerante e cerveja. Tudo muito bonito, de bom gosto e delicioso. A noite, quando questionei a ela, seriam mesas juntas, família reunida e churrasco para todos, um momento mais descontraído.

Diana está linda, radiante e me recebe com um abraço apertado e a indicação de que posso me sentar em qualquer lugar que escolha. O chá é no salão de festas do condomínio de sua tia e está decorado com balões azul e verde, uma caixa de presentes já cheia de fraldas e outros acessórios embrulhados, uma mesa com vários potes com docinhos que são as lembrancinhas do chá, um painel grande com o nome do bebê e uma mesa com bolo de fraldas, um sapatinho e vários doces de dar água na boca. Toda decoração tem como motivo o cachorro do casal, tendo sua silhueta desenhada em todos os enfeites, sempre acompanhada do nome do bebê. Quando questiono da escolha do cachorro como decoração a resposta que Diana me deu é que era a forma dele participar deste momento também.

Ela comenta que a cada semana sente-se maior e que cada vez que olha a barriga parece que cresceu mais. Uma amiga comenta que isso parece mesmo, pois cada vez que olha para Diana também acha que ela está maior. Não sei até que ponto ela gostou de ouvir isso, mas não comenta nada em seguida e segue caminhando entre as mesas. No meio de conversas ela chega com as fotos que tirou com uma fotógrafa particular para um book gestante. As fotos são lindas, foram feitas no sítio de uma tia, com cavalos, área verde extensa, lagoa, um cenário perfeito para as fotos que ela, seu companheiro e o cachorro tiraram (sim, o cachorrinho fez parte do book!). Ela conta que foi muito bom, se divertiram muito e que o resultado ficou como eles esperavam.

Estes *books* gestante, como são chamados, são bem comuns hoje em dia e o valor deles por sinal é altíssimo. A maioria faz estes books como uma recordação da gestação e o resultado sempre é muito bonito, mas realmente é um investimento bastante alto. No entanto, hoje em dia, quem não faz, me parece não estar com sua gestação completa.

O clima é de descontração, todos sorriem, conversam, comem e Diana anda por todas as mesas, servindo a todos os presentes, em sua maioria profissionais da área da saúde, em geral enfermeiras. E o assunto logo é em que plantão o bebê vai nascer. Foi Diana quem fez toda decoração e cuidou de tudo do chá de fraldas, mas me parece que ela corre de um lado para o outro sem aproveitar muito o momento, sempre servindo alguém ou abastecendo as mesas com bebidas. Eu sempre penso que quem deveria ser servida e mimada é a mulher e não os convidados, mas isso não ocorre em nenhum momento.

O marido chega ao chá, com sua parte da família que ficará para o segundo momento do evento. Ele me cumprimenta e vai logo dizendo que também se sente minha cobaia e que devo observar ele também. A impressão que tenho é que ele participa muito mesmo, conforme Diana depois me confirma. Ele quer se fazer presente em tudo, até na minha pesquisa. Ele conta que está acompanhando as consultas e que o obstetra é bastante legal, pois conversa muito com ele também. Uma tia sua que chegou junto logo diz com ar meio autoritário que o bebê tem que vir logo, que Diana não deve esperar mais. O olhar dela para a tia é tão sério que nenhum comentário sobre isso é mais feito e eu percebo claramente que com sua postura mais fechada ela garante que suas escolhas sejam respeitadas, mesmo que não seja de agrado de todos.

Os assuntos “parto”, “amamentação” ou bico em nenhum momento são comentados. Ninguém questiona sobre nada disso, ninguém palpita e nem opina ou tenta demonstrar que sabe algo que Diana não saiba. Parecem assuntos proibidos ou seriam vencidos por ela? E isso seria pela sua profissão de enfermeira ou também pela postura assumida por ela como gestante neste momento? Fico um pouco sem resposta sobre isso.

A tardinha as convidadas começam a se retirar e a família começa a chegar. Percebo que o momento entre colegas, amigos e conhecidos acabou e que se inicia a segunda parte do chá de bebê, agora somente aberto aos mais íntimos do casal. Respeito isso e também resolvo que é hora de ir embora, sempre com aquela mesma sensação de que a mulher mais serviu e trabalhou do que se divertiu ou foi mimada.

Em outro sábado ensolarado e quente encontro com **Simone** em seu Chá de Fraldas, no salão de festas do prédio da dinda do bebê. Eu cheguei praticamente com ela, que se atrasou devido a organização da decoração do lugar ter ido até tarde. Simone está linda,

num vestido preto e toda maquiada, mas reclama bastante do calor intenso e de seus pés inchados e doloridos. Além disso, quando adentramos o local ela já vai dizendo que não quer ser pintada e nem marcada com nada e que essa foi a condição para que este chá acontecesse: ela entraria linda e sairia linda.

Simone me conta que quem organizou tudo, desde os comes e bebes até a decoração do chá e fez questão que ele acontecesse foi a dinda do bebê, sua amiga de faculdade, que a convenceu de realizar este momento, mas com a condição de que ela não se cansaria e muito menos que seria pintada, como nos chás de antigamente. E tudo está muito bonito: uma mesa linda, com o tradicional bolo de fraldas, docinhos maravilhosos que mais parecem enfeites e são deliciosos, salgados diversos, mural de roupinhas do bebê, ursinhos de feltro sobre as mesas e até plaquinhas de recados para tirarmos fotos. Tudo confeccionado pela dinda e por Simone dá para ver que foi feito com muito carinho.

Como em todos os chás de bebê, e eu confesso que acho um tédio total, as mulheres participantes sentam, comem, conversam e dão opiniões sobre quase tudo em relação à gestação e aos cuidados com o bebê. As irmãs de Simone vieram de Santa Maria e participam ativamente de tudo, com certo ciúme da dinda do bebê por ter feito tudo sozinha. Elas brincam com isso, mas percebo que lá no fundo o ciúme existe verdadeiramente.

As mulheres que já possuem filhos, sentam-se e trocam confidências de como cuidaram de seus bebês e cada uma sempre sabe melhor do que a outra como fazer algo, afinal deu certo para cada caso individualmente, isso não se pode negar. As mulheres que ainda não tem filhos sentam-se em um outro canto do salão, onde me pareceu que Simone preferia ficar por ser menos alvejada com dicas diversas.

Em determinado momento, fico com Simone e uma outra convidada que também conheço e que está grávida, conversando sobre as dificuldades na busca pelo obstetra ideal e que concorde com o parto normal. A convidada conta que já foi há três médicos conveniados ao seu plano de saúde e que nenhum deles aceitou acompanhar ela em um parto normal. Simone conta que não teve tantas opções, pois seu plano de saúde só contava com uma opção de obstetra e que teve que ir na profissional que lhe acompanha até hoje.

O chá de bebê continua, agora com ela abrindo os presentes para que todos possam ver e, conseqüentemente, opinarem sobre os mesmos e suas utilidades. São muitas fraldas, roupas, meias, cobertores, toalhas, mais fraldas e, de repente aparece um bico! Ela logo olha pra mim e pra mais duas colegas enfermeiras que estão dentre as convidadas, com um olhar que diz mais ou menos assim “*olha só, ganhei uma chupeta!*”. A irmã, que deu o bico, nos olha braba e refere mais que depressa: “*Eu tive filho, eu que sei, não venham com essa bobagem de não dar bico, foi ótimo para acalmar meu bebê e vai ser pra ela também!*”. O restante das convidadas apoia a irmã de Simone. Eu me abstenho de comentários e ela parece fazer o mesmo, sem querer discutir muito o assunto neste momento.

Fico até o final do chá de fraldas, conversando, ouvindo, comendo e circulando pelo ambiente. Muitas fotos são tiradas e já compartilhadas nas redes sociais virtuais, as lembrancinhas, saquinhos de chá de camomila, são distribuídas e os convidados vão indo embora. Simone, no final do chá, continua linda como desejava no início, muito cansada por ter que atender a todas as mulheres presentes, seus pés mais inchados, e ela mais uma vez me repete que não desejava tudo isso, mas que já que os outros queriam, ela acabou aceitando.

Depois de participar destas três distintas, mas muito semelhantes, experiências ritualísticas, afinal é assim que eu as enxergo, fico sinceramente com a dúvida do real motivo delas existirem, do porquê os chás de bebê são realizados e qual seu objetivo. Qual o papel da mulher nestes eventos? Ser homenageada? Acolhida? Servir os convidados? Brincar? E porquê reunir as mulheres próximo aos seus partos? Fico com a sensação de que nem mesmo as próprias mulheres gestantes sabem as respostas para estas questões.

Os chás de bebê hoje em dia são eventos sociais, quase como o aniversário de primeiro ano de vida. Chá de fraldas ou de bebê sempre me pareceram uma convenção social um pouco sem sentido em muitos casos, já que a mulher nem sempre o desejava. Eu, sinceramente, não entendo porque as mulheres, mesmo não querendo, acabam gastando tempo, energia e dinheiro para fazer. Afinal me parece que elas nunca estão muito à vontade e sempre ficam muito cansadas com todo o planejamento envolvido.

São estes momentos que encerram a gravidez, que anunciam a chegada do bebê e que possibilitam as comemorações à nova família que se inicia. São ritos de passagem,

cercados de tradições, culturas e histórias, particulares e coletivas, os quais possibilitaram à Malala, Diana e Simone o fechamento do ciclo gestacional e a definitiva afirmação de que agora a “boa hora” está finalmente próxima.

Figura 17 - Brincadeiras dos chás de bebê/fralda de Malala, Diana e Simone, 2014



Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora, 2014.

6.1.6 O ritual de passagem de Frida: revivendo o chá de benção

E chega o dia do chá de bênçãos da Clara, a bebê de Frida! E eu continuo me perguntando o que é um chá de bênçãos? Isso eu iria descobrir lindamente nesse encontro inspirador e emocionante. Eu, nessa tarde, descobri a resposta pra minha pergunta “*pra que servem os chás de bebê?*”. E a música que sempre me fará lembrar desse momento é “Amor de índio”, de Beto Guedes, mas hoje na voz de diversas mulheres, amigas e familiares de Frida:

Tudo que move é sagrado
E remove as montanhas
Com todo cuidado, meu amor.

Vamos para o local do Chá, um sítio lindo em Águas Claras, de van, todas juntas: a mãe de Frida, a irmã, seu filho, sua enteada e amigas. Pegamos ela no meio do caminho, enquanto seu companheiro ia de carro levando tudo que eles precisariam para o chá. Ao

entrar na van ela abraça fortemente todas as mulheres ali presentes, com um brilho e uma felicidade estampada no olhar, agradecendo a presença de todas. Chegamos no sítio e o lugar é lindo, cercado de árvores, flores e muito verde, a cara de Frida mesmo, e um cantinho reservado para nós já está a espera, com uma mesa decorada com alguns itens simbólicos: uma jarra de chá de anis estrelado, que simboliza o feminino, uma cesta de frutas representando a natureza e jarras com águas aromatizadas com canela, alecrim e frutas, representando a junção da natureza com o feminino.

Ao chegarmos Frida pede auxílio para decorarmos o ambiente com algumas mandalas que ela levou e todas juntas espalhamos mandalas para Clara por todo lugar, enquanto ela coloca no centro da roda a árvore da vida de bebê, na qual devemos pendurar as mandalas que confeccionarmos. É um momento muito bom, todas auxiliamos e participamos: umas colocam mandalas, outras arrumam a mesa com os quitutes que cada uma levou, Frida arruma as varetas e lãs para a oficina de mandalas, outras conversam e, em um outro lugar reservado, as duas madrinhas da bebê arrumam o lugar onde serão feitos os rituais do chá.

Elas espalham cartas de tarô diversas, mas todas voltadas para o feminino: oráculo das deusas, tarô das deusas e dos anjos. O foco é o fortalecimento do feminino, considerado sagrado por elas. Em um altar colocam taças de água, incenso, velas, cartas, uma oração, um cesto onde serão colocadas as mandalas feitas para Clara, uma imagem de uma gestante de barro e a árvore da vida já a espera de seus enfeites. Ao redor cadeiras em formato de círculo são colocadas e o ambiente se apronta.

Começamos o primeiro ritual do chá: tecer mandalas de lã para decorar a árvore da vida e presentear Clara. São mandalas mexicanas “Olhos de Deus” e Frida explica que elas eram feitas no México para todos os bebês que nasciam, tecidas com pensamentos, orações e desejos bons para o bebê, colocando-se as energias boas para o futuro da criança. Ela nos ensina a tecer essas mandalas e todas as mulheres juntas vão tecendo, conversando, compartilhando saberes e pensando em Clara, enquanto um fotógrafo registra tudo.

O momento é especial e Frida deixa claro o quanto é importante o que tecemos com nossos saberes e forças femininas, com a energia do nosso feminino, deixando para Clara essa benção como presente. Tudo ali tem um intenso simbolismo, carregado de cultura e de

símbolos marcantes para ela. É um momento especial tanto pra ela como pra todas que participam.

Após a confecção das mandalas somos convidadas a entrarmos no círculo do sagrado feminino, iniciando as bênçãos para Frida e Clara. Todas, antes de entrarmos no círculo, devemos passar primeiro pelas duas organizadoras do momento que nos passam um incenso e um tipo de chocalho indígena para que possamos estar abertas à energia que iremos compartilhar. Nos reunimos no círculo, Frida e o marido são os últimos a entrarem e se sentam junto à família dela. Toca uma música de meditação e quietude e uma caneca de chá de anis estrelado passa para que todas bebam e se harmonizem com as energias do feminino.

Colocamos as mandalas que fizemos na cesta próxima a árvore de Clara e começa uma sequência de rituais lindamente conduzidos pelas amigas de Frida: Ritual das bênçãos, da lavagem de mãos, dos talismãs e da trança, todos com o objetivo de emanar energias boas para mulher e bebê e desejar uma “boa hora” para as duas. As figuras femininas da donzela, da avó e da mãe aparecem em todos os rituais, como uma forma de utilizar a energia de todo feminino. São momentos bastante simbólicos para todos e não há quem já não tenha se emocionado em algum deles, a energia do lugar é de emoção e tranquilidade.

No ritual das bênçãos, todas as mulheres são divididas entre donzelas, mães e avós/ânsias, respeitando uma tradição xamânica. Por ser casada, mas ainda não ter filhos, sou considerada uma donzela, aquelas que já possuem filhos são consideradas mães e por fim as anciãs são as mais velhas e que já são avós, consideradas matriarcas do círculo e detentoras de sabedoria profunda. Cada uma forma um círculo ao redor de Frida e a representante escolhida lê uma oração, enquanto as outras, sobrepondo as mãos sobre Frida, abençoa ela e sua filha. Alguns de nós, como eu, já estão emocionados com a energia que emana do momento.

Algumas mulheres leem, de forma compartilhada, a oração da gestante, escrita por Rose Ponce (s/d) e doada a Frida por uma convidada do chá:

Estou grávida de mim mesma!
Gestando em meu ventre um novo ser.
Em minhas sagradas águas pulsa a vida.
Sou abençoada por ser eu mesma.

Guiada e protegida pela Grande mãe.
Abençoada pelo universo.
Gero em mim mesma o cristal de pureza.
Transformo
Transmuto
Retorno a mim.
No meu tempo
Pro meu templo
De onde nunca saí.

Durante o ritual da lavagem de mãos, como o nome já indica, todos os participantes do círculo lavam suas mãos em uma bacia antiga de cobre contendo água e essência de lavanda. A lavanda também é considerada uma planta que simboliza o feminino, possibilitando sua expressão e essência.

Logo após realizamos o ritual dos talismãs. Neste momento a madrinha de Clara e amiga íntima de Frida, passa duas pedras de cristal rosa, uma para a mulher e outra para o bebê, pelo círculo feminino, devendo cada mulher participante orar e emitir para as pedras aquilo que possui de melhor, doando seus sentimentos e sua força para Frida e Clara enfrentarem o momento do parto e a vida. Eu ofereço para Frida um pouco de minha força, já testada por várias vezes durante a minha vida, e para Clara eu ofereço um pouco de minha coragem para que ela possa enfrentar seus próprios desafios.

Alguns falam em voz alta o que doam, outros preferem silenciar, mas todos nessa altura da cerimônia já estão bastante emocionados. Eu, particularmente, me emociono ouvindo o marido de Frida falar. Ele, sempre tão objetivo e direto, está muito entregue ao momento, agradece a Frida pela oportunidade de vivenciar tudo aquilo ao seu lado e doa toda emoção que sente para ela e sua filha.

Enquanto isso a doula de Frida faz em sua barriga a “Ecografia de doula”, como se chama a pintura de um bebê no ventre da mulher, em posição de nascimento. Após a pintura, continuamos com o ritual da trança onde todas, cantando, circulam parte de uma trança na barriga de Frida colocando as energias na proteção dela e de Clara. Eu fico bastante emocionada com a rede de proteção e apoio à mulher-mãe e filha.

Naquela tarde só havia proteção, apoio e estímulo. Naquela tarde ninguém a julgou por suas escolhas, ninguém opinou sobre nada, não houveram pitacos ou intromissões,

apenas respeito e cumplicidade. Todos estavam ali para abençoar e apoiar, desejando boas energias para o momento do parto e nascimento. Era um momento para abençoar a “boa hora”.

Acabamos com uma linda música, escrita por uma convidada especialmente para Clara e intitulada com seu nome. Todos se abraçam e cantam alto que a bebê seja muito bem-vinda! E eu estou impressionada com a diferença deste chá com todos os outros que já fui em minha vida. Aqui o centro é a mulher, sem opiniões, sem julgamentos, sem presentes, apenas uma rede de apoio à mulher que vai parir.

Os clarins vão anunciar
Ela que veio para brilhar
As mulheres unidas vão cantar
Clara bem vinda seja!
Será tanta faceirice no ar
Tanta vida e meninice
A toda gente contagiar
Clara a que é brilhante
Clara, estrelinha cintilante
(Autoria de Karine da Cunha)

Como lembrança do chá ganhamos um CD do sagrado feminino, com músicas que evocam esse tema e que foi feito pela mesma mulher que ofereceu a música de Clara. Foi uma tarde onde mulheres diferentes, com vivências particulares se reuniram para apoiar as escolhas de Frida e lhe desejarem muita coisa boa e muita força para a hora do nascimento. E não é que a Frida que agora vai embora conosco, na mesma van, parece mais fortalecida, encorajada e ainda mais segura. A família precisava desse apoio e Frida com certeza mais do que todos.

E eu chego em casa me sentindo renovada. Reflito sobre não ser apenas o tipo de serviço, privado ou público, que Frida possua o que esteja a conduzindo pelos aos caminhos que eu acompanho, mas sim as vivências pessoais, as crenças culturais e a sua própria compreensão frente a maternidade, ao parto e ao nascimento. Com mais questionamentos a serem respondidos é que chego em casa, com novas sensações e impressões, novas ideias e conclusões indefinidas. Pesquisa boa é a que nunca se acaba!

Figura 18: Chá de benção de Frida

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora, 2014.

6.1.7 “*Lua cheia é poderosa!*”: as fases da lua e o momento ideal do nascimento

Como pude observar nos rituais dos chás de bebê e na convivência diária com as mulheres ainda hoje muitas tradições envolvem o momento do nascimento. Dentre elas talvez a que mais se destaque, principalmente pela força que expressa nos diálogos e nos encontros, é a crença na relação entre os ciclos lunares e o momento ideal para o parto. Não houve uma mulher que não relacionasse a espera pelo término da gestação com as mudanças nas fases da lua, mesmo aquelas que já estavam com cesarianas eletivas previamente agendadas. Isso porquê, a mudança na fase lunar, em especial a troca para a lua cheia, poderia determinar a imprevisibilidade do desencadeamento espontâneo do trabalho de parto.

Relacionar as fases da lua com as possibilidades de programar-se para o nascimento foi uma constante em nossas conversas, sempre apareciam questionamentos para mim sobre o assunto, quase como solicitando que eu, “cientificamente” validasse este conhecimento cultural. Os familiares faziam questão de contar suas “experiências lunares”, as amigas relatavam como a lua havia estado presente nos nascimentos dos seus filhos e, pela força cultural desta crença, até mesmo os profissionais obstetras citavam a semana com lua cheia, próxima das trinta e nove semanas de gestação, como a época mais provável para

que o parto acontecesse, validando sua crença por meio do relato de experiências de trabalho que possuíam.

Para **Angelina, Malala, Anita e Frida**, contar os ciclos lunares e descobrir quando seriam as próximas mudanças de lua, era como uma tentativa de descobrir quando o imprevisível poderia ser desencadeado. Calendários eram mantidos sempre em lugar bastante visível, quase sempre na porta da geladeira, ao alcance de todos os familiares e muitas vezes acompanhados com desenhos feitos por elas mesmas das fases lunares, deixando sempre em destaque os períodos de lua cheia, semanas em que a possibilidade do desencadeamento do parto era considerada maior.

Não só no momento do parto a lua influenciava, mas também em outras questões envolvendo a gestação, como por exemplo nos movimentos do bebê. Ouvei relatos das mulheres sobre a associação entre maior número de movimentos fetais com os dias em que ocorriam mudanças na fase lunar, novamente em especial nos dias em que “*entrava a lua cheia*”. A relação existente para elas envolvia o líquido amniótico e a força da lua na definição das marés, afinal, se a lua influenciava os mares por que não influenciaria a “*bolsa d’água*”? Além disso, o sexo do bebê também estaria relacionado com a fase da lua, a qual determinaria quem era gerado ou quem nascia: mulheres nas “*luas redondas*” e homens nas “*luas metades*”.

E ouvir isso de alguma forma te influencia? Ah, algumas coisas eu acredito. Tipo mudança de lua é uma coisa que eu acredito e que eu acho que tem algum efeito. Olha como é, minha mãe me falou isso hoje. Eu mandei uma mensagem estranha, que tive uma dor estranha essa madrugada e tive de manhã de novo. Daí ela disse "Mas deve ser porque vai mudar a lua". E tu sabe que é engraçado, que quando vai trocar a lua, mais ou menos o dia que troca a lua, um dia antes, ele – o bebê - se agita muito. Ele fica bem mais agitado. Aí ele empurra tudo que ele pode. É o umbigo, meus ossos, tudo. Aí depois troca a lua e ele volta na movimentação normal dele. Mas aí eu disse pra mãe, eu acho que realmente tem alguma coisa a ver. E me lembrei dessas coisas mesmo, da maré e tal, que eu sei que tem uma influência. Mas que é muita coincidência é. E tu conversa com todas as grávidas em mudança de lua, mesmo aquelas que nem se deram conta, e eu não me dou conta. A minha mãe sempre sabe, eu nunca me dou conta, mas depois a minha mãe sempre diz "Ah não, é que vai mudar a lua, tá mudando a lua". E realmente, eu sempre tenho uma mudança, ele se agita mais. **(Malala)**

Tem essas coisas de lua né. Lua cheia é poderosa!
(Angelina)

Fico sabendo pela rede social que Frida teve seu bebê esta noite. E junto com algumas fotos dela, de Clara e a notícia do nascimento, lá está uma foto da lua cheia, com a seguinte descrição: Lua cheia é poderosa!
(Nota do diário de campo, 2014)

Após nossa conversa e nosso café da tarde, quando estou quase indo embora, a amiga de Angelina que estava na sala comenta o seguinte: *“Eu acho que ela não aguenta até o dia 14, pois vai mudar a lua antes!”*. Começamos um debate sobre o que poderia influenciar no trabalho de parto e ambas afirmam que a mudança de lua é uma questão forte sobre isso. De acordo com Angelina e sua amiga tudo indica que o bebê nascerá na semana do dia 07, pois nesta semana mudaria a lua para a “lua de meninos”. Funcionaria da seguinte forma:



Luas redondas são luas femininas:
mulheres são geradas ou nascem
nessas fases do ciclo lunar.



Luas “metades” são luas
masculinas: homens são geradas
ou nascem nessas fases do ciclo

Para Angelina essa previsão não falhou com nenhuma amiga ou familiar. Então pegamos um calendário, contamos juntas as luas e chegamos a conclusão que possivelmente o parto será dia 07 mesmo. Cultura, notoriamente trabalhando nas crenças do nascimento. Chego em casa hoje com mais um aprendizado: o calendário lunar dos partos!
(Nota do diário de campo, 2014)

Leila e Diana aguardavam as trocas lunares com certa cautela, sem procurar pensar tanto sobre as relações envolvidas nesta tradição, pois ficavam ansiosas com as constantes mudanças e com a pressão e a ansiedade familiar a cada lua que se aproximava. Mesmo assim não deixavam de reconhecer uma possível e verdadeira relação existente nesta crença, bem como se informavam sobre quando as mudanças de fases lunares ocorreriam. Já **Simone e Jane**, com suas cesarianas já agendadas, utilizavam as contagens lunares para descobrir a possibilidade de que os partos se desencadeassem antes das datas estabelecidas para o nascimento, sempre acreditando no “risco” que uma lua cheia representava para que os seus planos não acontecessem conforme planejado.

Confesso que eu já havia ouvido sobre a cultura da influência da lua cheia no desencadeamento dos partos, principalmente no ambiente hospitalar que trabalhei por

alguns anos, uma maternidade cercada de profissionais que também acreditavam no aumento da carga de trabalho durante esta fase do ciclo lunar. No entanto, por mais que essa crença já tivesse perpassado minha vida, não imaginava que ela seria tão forte para as mulheres que acompanhei, talvez pela minha simplória percepção de que, por serem mulheres do mundo “moderno”, crenças como a da lua não fariam parte de seu universo.

Eu ainda não tinha compreendido que cultura, independente de tempo cronológico ou de tempo inventado, vive e sobrevive, é repassada de geração em geração, ganhando força e veracidade a partir das experiências compartilhadas no tempo da vida. E essa vida cotidiana é marcadamente cerimoniosa (GEERTZ, 2008), o que torna o trabalho de campo do pesquisador social uma experiência educativa completa, onde *“tudo que dizemos, tudo o que fazemos e até o simples cenário físico têm ao mesmo tempo que formar a substância de nossa vida pessoal e servir de grão para nosso moinho analítico”* (GEERTZ, 2001).

Assim, passei a olhar para as luas e suas fases de forma diferente da que a percebia antes do encontro com as mulheres, conseguindo apreender que, para elas e para suas famílias e rede social, a crença existia e era verdadeira, influenciando diretamente suas formas de lidar e de viver o tempo final da gestação. Como os rituais dos *chás* de bebê, passei a olhar para a lua como uma figura simbólica, mítica e cultural que, a partir das crenças envolvidas com as suas faces, poderia determinar escolhas diversas sobre as trajetórias das mulheres, tais como: a quantidade de consultas de pré-natal que ainda restavam ser realizadas, as datas a serem marcadas estas consultas, o momento de arrumar a mala dos bebês para a maternidade e o momento de intensificar as atividades físicas, as quais se acreditava que estimulariam o parto, já que a fase da lua era propícia para o desencadeamento tão esperado dos nascimentos.

Podemos encontrar em diversas sociedades a existência da crença na relação entre a lua e aspectos do comportamento humano, em especial aspectos relacionados ao universo feminino, tais como a fertilidade, a gestação e o parto. A ideia de que a meteorologia e as fases lunares afetam o aparecimento do parto criou raízes fortes na cultura popular, influenciando diretamente os modos como as mulheres vivenciam os períodos finais da gestação e levando-as a acreditar que o momento exato do parto pode ser previsto através

do estudo e acompanhamento dos ciclos lunares (BUENO; LESSI; DAMASCENOL, 2010; OCHIAI, 2008; SCHWAB; 1975).

As relações entre a lua e o feminino são antigas, podendo-se observar vinculações entre a fisiologia da mulher e as fases lunares no que diz respeito a menstruação, o momento da concepção, a contagem do tempo de gravidez, a proteção do parto, ao início do trabalho de parto e a proteção no puerpério (SAIZ-PUENT, 2010). Mas, apesar desta forte tradição, muitos estudos tentaram provar associações entre estes eventos, sempre chegando a resultados contraditórios e que não corroboram com as crenças sociais (VALE; VALE; CRUZ, 2009; MORTON-PRADHAN; BAY; COONROD, 2005; ONG; WINGFIELD; MCQUILLAN, 1998; BIAGIOTTI; PERITI, 1994).

Nas crenças antigas está muito claro que a lua regula os ciclos menstruais, associando o ciclo menstrual com o ciclo lunar, já que ambos apresentam um período de tempo bastante semelhante. Acredita-se que, segundo as faces expostas da lua, a concepção seria facilitada, ora por meio do aumento do desejo sexual, ora por aumento da quantidade de espermatozoides circulantes. A contagem do tempo gestacional também pode ser feita por meio da contagem de nove ciclos lunares, assim como a proteção lunar no puerpério pode possibilitar que mães e bebês permaneçam em segurança (SUSARTE, 2000; FLORES, 2000; MOORE, 1986; FOGLIA, 1986; SAINTYVES, 1985).

No que diz respeito especificamente ao desencadeamento do parto, a explicação estaria centrada na relação existente entre água e lua, ou mais específico, entre água, marés e fases lunares. Como o meio onde os fetos se desenvolvem é um meio líquido, estabeleceu-se facilmente a relação entre a lua e os partos pela influência desta nos líquidos terrestres, traçando um paralelo entre o controle lunar sobre os movimentos das marés e o rompimento da bolsa “d’água”. Todavia, Silveira (2001, 2003), ao estudar as marés, as fases da lua e os nascimentos, refuta esta relação, referindo que o líquido no útero da mulher não sofre os mesmos efeitos que as marés, já que o volume aí contido é por demais insuficiente para gerar tais modificações.

Apenas dois estudos científicos conseguiram, por meio de testagem estatística, associar as fases da lua à um aumento no número de nascimentos. Ghiandoniet al.(1998) estudando a relação entre posição lunar e o dia do nascimento, identificaram haver

associação entre a distribuição de partos espontâneos e o ciclo lunar, sendo esta mais evidente em múltiparas. Já para Charpentier e David (2009), ao examinarem o mesmo tema, encontraram uma pequena, mas significativa diferença influência das fases lunares no nascimento, em especial da lua cheia. As associações observadas não possibilitam ainda comprovar esta influência, mantendo as relações entre lua e nascimentos transcritas no espaço da cultura e da tradição e não no espaço científico formal.

Mas, independentemente de pesquisas ou evidências científicas que comprovem a existência da relação entre fases lunares e nascimentos, esta é uma crença que continuará a existir (BUENO; LESSI; DAMASCENOL, 2010), haja visto ser uma construção cultural fortemente enraizada na sociedade e nas tradições que envolvem a gestação e o parto, eventos vividos socialmente. A lua e as crenças que a envolvem continuarão a fazer-se presentes, influenciando o momento do parto e outros aspectos da biologia das mulheres, mesmo sem embasamento científico, pois são o resultado de milênios de adoração, culto e crença, social e culturalmente difíceis de serem descartados (SAIZ-PUENTE, 2010).

Foi a lua cheia que conduziu **Angelina** ao seu tão desejado parto normal, possibilitando que o imprevisível se fizesse presente e determinasse o desfecho de sua gestação, já que a ciência havia pré-determinado o que aconteceria. A lua cheia, com sua força e seu poder, fez com que Clara nascesse em um parto prematuro de trinta e cinco semanas, pegando **Frida** de surpresa e transformando os planos da família. E o que dizer da lua cheia responsável pelo rompimento da bolsa d'água de **Malala** no dia agendado para a cesariana, levando-a a viver um trabalho de parto inesperado?

Por fim, não importou para nenhuma das mulheres o que a ciência havia dito sobre a influência lunar nos seus corpos e nos seus partos, a influência estava comprovada pelas suas experiências, pela ciência da vida e não necessitou de nenhum aval formal. Simplesmente porque cultura é assim, vivida no seio social e não limitada por determinações científicas, originando-se através de sistemas simbólicos construídos histórica e socialmente e aplicados de forma subjetiva e individual (GEERTZ, 2008). Independentemente da fase lunar a crença existe, está comprovada e seguirá sendo repassada entre as gerações, determinando as formas como as vivências finais da gravidez são experienciadas e compreendidas.

E é por meio da força finalizadora da lua cheia que concluo este capítulo, onde procurei narrar experiências ocorridas nos diversos espaços ocupados pelas mulheres durante a gestação, desde a descoberta da gravidez até os rituais e crenças que envolvem este período e o nascimento do bebê. Foi preciso estar junto, andar com elas, adentrar estes espaços-lugares sociais, ouvir muito mais do que falar, estar presente e interagir tanto com elas quanto com suas redes sociais, pois somente assim foi possível apreender, mesmo que ainda de forma não integral, o empírico que as cercava e o contexto social e cultural que engendraram seus saberes e compreensões.

As experiências narradas demonstraram o quanto as relações da mulher com o seu meio social durante a gestação influenciaram suas próprias concepções sobre esta vivência, determinando também os caminhos que iriam percorrer durante os nove meses de espera. Elas sentiram-se como que doentes, ao invés de grávidas, e percorreram caminhos que as levaram ao fortalecimento dessa sensação, tanto nos espaços institucionais de cuidado quanto no âmbito de sua esfera privada e familiar. Elas tiveram dificuldade para encontrarem, dentro do catálogo dos seus planos de saúde, profissionais comprometidos com o fazer em obstetrícia, encontrando olhares medicalizadas de cuidado e de vida, sobre os quais construíram suas trajetórias gestacionais.

Envoltas pelos olhares medicalizadores e vistas como alguém que vivenciava um processo patológico e não fisiológico, elas não deviam se preocupar com suas gestações ou seus partos, pois isso deveria ser de competência técnico-científica, de profissionais que entendessem seus corpos melhor do que elas mesmas. Suas funções como mulheres-gestantes eram apenas “decorativas”, devendo preocupar-se com o enxoval, o quarto e as necessidades materiais que o bebê teria após o nascimento, deixando o parto por conta dos “experts”.

Entretanto, antes que a gravidez chegasse ao fim, era preciso realizar os rituais de passagem e de iniciação, os quais determinariam o término da gestação e o início de suas vidas como mulheres-mães. Planejar e viver as tradições dos chás de bebê ou de fraldas fazia parte deste processo ritualístico, levando-as ao compartilhamento de experiências e a acolhida necessária para o enfrentamento do parto e do nascimento como processos de transição e mudança, sempre iluminados pelas faces diversas da lua.

Com isso, partimos para o próximo capítulo buscando adentrar os caminhos do parto, compreendendo os discursos, enunciados e concepções que engendram e desenharam as trajetórias das mulheres durante o nascimento de seus filhos. Afinal é pelo parto que a gestação se encerra e é por este evento que nasce não apenas um bebê, mas também uma nova identidade social para a mulher, a qual vivencia seu processo cultural de “*tornar-se mulher-mãe*”.

Continuamos este percurso não apenas sob a luz da lua, mas também à luz das concepções de Geertz (2008), compreendendo que o parto, como um evento cultural, cercado por símbolos significativos e padrões de conceptualização, só pode tomar forma e sentido para as mulheres através do que elas experienciaram durante este processo. E é justamente por isso que iremos, a partir de agora, vivenciar com elas seus partos, seus significados e o sentimento suscitados por estas experiências, para que ao final (ou no puerpério?) possamos compreender que nascer, além de uma vivência biológica, é antes de tudo uma vivência cultural.

6.2 Pelos caminhos do parto: medo, imprevisibilidade e poder

Nascer no Brasil não tem sido uma experiência natural para as mulheres, independentemente de sua classe social. Os partos vaginais, mais comuns nos estabelecimentos públicos, são cercados de dor e intervenções em excesso, enquanto que na rede privada a cesariana, em grande parte das vezes desnecessária, é vista como a única opção para se evitar a dor e o sofrimento (LEAL; GAMA, 2014).

O que vemos é um modelo tecnocrático de assistência ao parto, onde a tecnologia se sobressai frente às relações humanas, subjazendo a ideia de passividade das mulheres, o uso desmedido de intervenções, a falta de informação e a lógica mercantil, expressa diretamente na crescente epidemia de cesarianas (AQUINO, 2014; VICTORA et al 2011). Em muitos hospitais, principalmente nos pertencentes ao subsector suplementar, o parto abdominal tornou-se uma norma, indicando o grau de hipermedicalização da maternidade e o protagonismo dos obstetras na assistência ao mesmo (SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014).

Pela lógica mercantil, o cenário do nascimento é simbolicamente organizado como uma linha de produção, tornando-o um evento pertencente à equipe profissional, priorizando os aspectos higienistas e deixando de lado os aspectos psicológicos, espirituais e sociais da mulher e da família (TAVARES; GAÍVA, 2003; NAGAHAMA; SANTIAGO; 2005). Nascer em territórios brasileiros é um interesse de mercado, não deixando espaços para subjetividades, principalmente se o financiamento que cobre este processo é proveniente do subsetor suplementar de saúde.

Se pensarmos no nascimento como uma experiência radical de mudança que o ser humano vivencia, iremos refletir sobre o quanto esse processo é invisível nos dias atuais e os impactos que esta invisibilidade pode impulsionar. E, incrivelmente, é justo no setor privado, onde o poder aquisitivo é maior e a possibilidade de escolhas diferenciadas poderia existir, que os resultados referentes ao nascimento são os piores e a invisibilidade torna-se um *modus operandi* (CHAVES, 2014).

É importante ressaltar que para manter esta linha de produção fluindo continuamente e sem interrupções é necessário reabastece-la com energia suficiente que garanta sua manutenção. É preciso torná-la a melhor opção, a mais segura e a mais desejada. É preciso utilizar de discursos significativos para a mulher e sua família, enunciados que impactem em sua cultura e história de vida, para que ela “conscientemente” escolha pelo que há de melhor no mercado de nascimentos, trazendo de forma segura, prática e civilizada, ao mundo exterior ao útero, um bebê (ou produto, como utilizado por alguns profissionais) saudável.

Mas que discursos seriam esses capazes de influenciar diretamente as subjetividades das mulheres e suas famílias a ponto de elas realmente sentirem-se escolhendo a forma como seus filhos nascem? Quais enunciados poderiam adentrar o subjetivo e o cultural das mulheres, modulando suas trajetórias de uma forma que elas acreditem que quem escolhe estes caminhos é somente elas? E, trazendo novamente as redes sociais para o debate, como esses discursos tornam-se tão fortes a ponto de fazer com que aqueles que cercam a mulher acreditem que possuem o poder de julgar o que é certo ou errado para ela e seu filho?

Acompanhando as mulheres durante os nove meses em que estive em campo de pesquisa, três palavras sempre estiveram a nossa espreita: medo, imprevisibilidade e poder. Independentemente de quem eu estava acompanhando estas palavras sempre estavam lá, nos circulando, nos intimidando e se manifestando, ora por frases, comentários, opiniões; ora por olhares, gestos ou sinais. E podiam surgir de qualquer um no entorno das mulheres, desde vizinhos e vendedores de lojas, até familiares e amigos próximos.

Mas ninguém oferecia um discurso tão carregado de medo, imprevisibilidade e poder do que os profissionais de saúde, em sua grande maioria das vezes os próprios obstetras que assistiam às mulheres. Os lugares de cuidado e de atendimento sempre estavam cercados de enunciados, experiências e histórias compartilhadas que estabeleciam uma ligação direta do parto com eventos amedrontadores, arriscados e imprevisíveis, onde somente *experts* no assunto conseguiriam atuar e, conseqüentemente, “salvar o dia”.

Descortinou-se, durante os caminhos que trilhei com as mulheres, os mecanismos que forneciam energia suficiente para manutenção da linha de produção dos nascimentos. Por meio do medo, da insegurança e do biopoder modulavam-se os desejos mais íntimos das mulheres, transformando de forma bastante velada, partos vaginais em eventos de risco e cesarianas em opções seguras e tranquilas, finalmente “escolhidas” como a melhor opção pelas mulheres. Somente a imprevisibilidade podia modificar o curso desta trajetória.

Para compreender os movimentos que circulam estas modulações de desejos, saberes e trajetórias, trago novamente as concepções de Geertz (2008), para quem diversos mecanismos simbólicos circulantes na sociedade são utilizados para controle de comportamentos. Estes mecanismos simbólicos, como parte da cultura, seriam o ingrediente do pensamento humano, de maneira a produzirem padrões de comportamento delicadamente modulados (Geertz; 2008).

Neste capítulo discuto como os enunciados do medo, da imprevisibilidade e do biopoder, agindo como mecanismos simbólicos circulantes, adentram a cultura das mulheres, reforçando aspectos de submissão e incapacidade feminina e modulando suas trajetórias de parto. Revelo histórias e vivências durante os processos de parto, contadas pelas mulheres sempre com bastante emoção e sensibilidade. Descrevo diálogos e encontros que presenciei, momentos marcantes em busca do nascimento dos filhos, mas

repletos de discursos normatizadores que não as possibilitaram escolhas sobre a forma de parir. Por fim, discuto os caminhos trilhados, criando uma circular de modulações das mulheres, construída a partir da valorização cultural do nascimento como evento de risco, imprevisível e que necessita de um bio-controle.

6.2.1 O discurso do medo: “você vai mesmo colocar sua filha em risco?”

Chego mais cedo no consultório e fico aguardando. Quando Malala chega logo vejo que alguma coisa não está bem, ela está cabisbaixa, com olhar de choro e senta-se ao meu lado desanimada me dizendo que está vindo da ecografia e que lá o médico que fez o exame lhe disse que o bebê estava sentado e que estava gordo demais (2,750 Kg), o que impediria o parto normal. Isso, visivelmente, arrasa com ela que sente-se cansada e desanimada, relatando que irá pedir pra médica uma cesariana. Ela tem medo de tentar e tentar e não conseguir. Entramos no consultório e Malala conta para a médica o que aconteceu na ecografia. A profissional olha sua carteirinha de pré-natal, o exame de ultrassom e comenta que o bebê não é um bebê gordo. Sem mais nenhuma informação ela olha para Malala, sem que ela tenha referido isso ainda, e pergunta se ela quer esperar o parto normal ou quer já deixar agendada uma cesariana. Ela conta que está com medo e seu olhar pede apoio e tranquilidade, mas o que ela escuta da médica são as datas possíveis de agendamento da cesariana, sendo escolhido o dia 14/04, deixando no ar um silêncio que só demonstra um pouco do que acaba de acontecer ali naquele momento. Ela disse claramente que está com medo e, nas entrelinhas, que precisa de apoio e confiança, seu olhar é de alguém que pede urgentemente que seja apoiada, mas no fim das contas parece nem ter sido vista. A consulta continua, pesagem, pressão arterial, batimentos fetais, tudo dentro da normalidade biomédica, o assunto não era mais tocado, estava decidido. A médica questiona que, se por acaso o bebê virar (porque isso pelo que percebo com o discurso da profissional é algo muito raro de acontecer) e ela entrar em trabalho de parto, se Malala irá querer esperar e ganhar de parto normal. Um silêncio se instaura e ela, com sua confiança já visivelmente abalada, não consegue responder, sendo que a médica responde por ela usando a palavra-chave do convencimento: **segurança**. A frase que se seguiu foi essa: “*Vamos deixar a cesariana marcada por segurança então, né?*”. E lá vem eu com minhas inquietações: segurança do quê? Quem está em perigo para garantirmos segurança? Ou seria a segurança de um horário vago na agenda? E o que as mulheres entendem por essa segurança tão dita pelos obstetras ultimamente? Tento tranquilizar Malala quando saímos do consultório, mas ela já não é mais a mesma, está intranquila. Marcamos de nos vermos na próxima semana e eu saio dali refletindo no quanto o não dito pode influenciar e o quanto frases típicas como “seu bebê está enorme!”, podem minar a confiança da mulher. Ela apenas queria ser acolhida e encorajada, mas saiu da consulta ansiosa, com medo e uma cesariana agendada.

(Nota do diário de campo, 2014)

Leila me manda mensagens, dizendo que havia ido no hospital consultar, que seu parto realmente será induzido e que não sabe como preparar corpo e mente para viver algo diferente do que ela desejava. Na consulta a médica já queria que ela ficasse e iniciasse a indução, mas ela se recusou a ficar. A médica então disse o seguinte: *“Você vai mesmo se recusar sabendo que seu bebê cresce pouco na sua barriga? Você vai mesmo colocar ela em risco?”*, com um tom acusatório e amedrontador. Pronto, isso bastou para que ela decidisse voltar no outro dia para ter sua filha.

(Nota do diário de campo, 2014)

Resolvi trazer inicialmente estes dois trechos do meu diário de campo para que pudéssemos compreender como se dá, mesmo que discretamente, a inferência do risco e o sentimento do medo nas mulheres no final da gravidez. Frases e palavras de impacto são repetidas continuamente em diferentes lugares, mas são nos consultórios dos obstetras que atenderam estas mulheres que estas mesmas frases, muitas disseminadas pelo senso comum, ganharam autenticidade e forma científica para tornarem-se verdadeiras.

Seu bebê está muito gordo!

Não vai ter espaço para nascer!

Quem sabe não marcamos a cesariana por segurança, afinal não podemos deixar passar do tempo não é mesmo?

Você irá se responsabilizar pelos riscos de uma gravidez acima das 40 semanas? Sua filha cresce pouco na barriga!

Não vamos esperar o feriado, vai passar do tempo e isso é perigoso para a saúde do bebê!

Aqui não fazemos outros tipos de parto que coloquem em risco a vida do bebê!

Essas são algumas das frases que escutei dos obstetras das mulheres que acompanhei. Sem exceção, todas elas no final da gestação ouviram algumas destas inquietantes e assustadoras colocações.

Que mulher não teria medo de o bebê não conseguir nascer? Que mulher não marcaria uma cesariana com 38 semanas de gestação se ouvisse de seu obstetra que esperar mais não era uma atitude segura? Que mulher não mudaria de opinião em relação ao parto

escolhido ouvindo que se ela continuar com seus desejos vai colocar em risco a vida de seu filho? A minha resposta, como pesquisadora e mulher, é que nenhuma delas deixaria de agir conforme orientada se a vida de seu filho dependesse dessa sua atitude. Afinal seria difícil demais conviver com o medo contínuo de que a sua escolha estivesse causando males ao bebê.

O discurso do risco e do medo fazem parte da vida da gestante desde a concepção, principalmente pela difusão da ideia de que a gestação e o parto são eventos de risco, como vimos em capítulo anterior. Se engravidar é complicado, parir um bebê é arriscado demais! Precisa-se de toda segurança possível e toda tecnologia biomédica, garantindo aos corpos incompetentes (pequenos demais para passagem de um bebê, por exemplo) manipulações seguras e precisas que tragam à vida extrauterina bebês saudáveis.

A força das palavras *risco* e *segurança* é de tal forma modeladora que, ao menor sinal de que uma delas possa estar sendo colocada à prova, todos os caminhos planejados e desejados para o nascimento são modificados, independentemente da veracidade da existência de ambas. Aconteceu com **Malala** e **Leila**, ambas desejosas de um parto normal e o mais fisiológico possível e que acabaram, pela insistência profissional em tornar o evento o mais seguro possível, deixando-se conduzir até uma cirurgia sem uma indicação baseada em evidências clínicas.

Malala agendou uma cesariana com 38 semanas de gestação, com medo de um bebê grande demais, não “encaixado” e para manter a segurança de não passar do tempo ideal de nascimento. Sua médica, nas duas últimas consultas insistiu continuamente sobre a importância de não deixar o bebê passar do tempo, sobre a impossibilidade de que ele “virasse” encaixando-se na pelve materna e sobre os riscos que isso acarretaria à sua saúde, dando a entender que marcar a cesariana era realmente o melhor a ser feito neste caso. E o mais impressionante é que sempre depois de citar as questões de tempo e segurança, vinha a frase: *“Mas dá para esperar pelo parto normal, se você quiser Malala.”*

Eu, nas entrelinhas e sentada no meu banquinho ao final do consultório, compreendia que o que estava sendo feito ali era um convencimento disfarçado de liberdade de escolha, onde mostra-se para a mulher todos os riscos do que ela deseja, mas no final se ela quiser correr este risco a responsabilidade é somente sua.

É claro que, contaminada pelo medo de que algo de ruim acontecesse, **Malala** agendou a cesariana para a data que completava 38 semanas de gestação, não percebendo que se ela esperasse pelo início do trabalho de parto, a data provável deste evento seria justamente em um feriado nacional prolongado. E essa preocupação ficou clara quando a profissional, na última consulta antes do nascimento do bebê, referiu a seguinte opinião: “*Não dá pra esperar o feriado, imagina se eleresolve vir durante o feriado, que risco!*”. Assim, ao utilizar a palavra *risco*, o foco no feriado se dissipou, dando lugar a uma preocupação de que isso pudesse realmente acontecer e que seria amedrontador ter seu filho “após o tempo exato”. Nascer no feriado não foi relacionado com a praticidade para o profissional, mas sim com o risco relacionado com o “passar do tempo”.

No caso de **Leila** o medo se concentrou no fato dela desejar tanto um parto normal que resolveu esperar até as 40 semanas de gestação, desafiando os médicos que havia consultado nas últimas duas semanas. Ela foi e voltou várias vezes do Centro Obstétrico, em falsos trabalhos de parto, sendo examinada continuamente pelos plantonistas e assinando papéis de liberação se comprometendo com o risco de não obedecer as orientações médicas. Mas a cartada final veio na última visita no hospital, quando a obstetra referiu que sua filha não crescia mais no útero e poderia estar em sofrimento, o que a levou a uma ansiedade extrema, retorno à instituição e realização de uma cesariana sem direito a escolher por uma indução de um trabalho de parto. Ao nascer a bebê foi avaliada com apenas 37 semanas de gestação, não havia sinais de sofrimento fetal, mas **Leila** chora cada vez que conta como foi o nascimento de sua filha e o quanto sentiu-se enganada e desrespeitada.

Não quero aqui trazer a discussão da importância efetiva das cesarianas com indicações clínicas evidentes, a qual impactou concretamente, em momentos anteriores, os índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil. O que considero são as formas veladas e discretas nas quais as escolhas das mulheres sempre são transformadas em fatores de riscos, causando insegurança, medo e a ideia de incompetência feminina para analisar os fatos e escolher a melhor forma de parir seus filhos.

O que vi ao acompanhar as mulheres é que não existem melhores enunciados do que o *medo* e o *risco* para que as decisões possam ser moduladas e as trajetórias deslocadas. O

sentimento do medo não possibilita que as mulheres vivenciem o processo parturitivo em amplitude, tornando-as inseguras, fragilizadas e suscetíveis às intensas intervenções tecnológicas (BEZERRA; CARDOSO, 2006). A mulher teme principalmente por complicações obstétricas que possam afetar o bebê, tornando o nascimento um momento de tensão, ansiedade e medo, ao invés de um evento cercado de satisfação e alegria (OLIVEIRA et al., 2010).

E se existe o medo existirá a fragilidade e é justamente nessa fragilidade que o desvio se constrói. Todos os caminhos são desviados quando o medo e a insegurança entram nos cenários de parto, fazendo com que as escolhas das mulheres deixem de ter qualquer significado, passando-se a decidir a partir de discursos biomédicos.

Na atual modernidade o medo torna-se um fator essencial na modelagem das condutas humanas, mesmo que não haja uma ameaça direta ou verídica à vida ou a integridade. Uma sensação de insegurança e vulnerabilidade, um sentimento de ser suscetível a algo perigoso, leva os sujeitos a recorrerem por reações adequadas a um encontro imediato com este perigo, adquirindo condutas orientadas (BAUMAN, 2008).

O medo é inerente a nossa natureza, é um sentimento perturbador, inquietante, que exige providências e cálculos de riscos, fazendo parte do nosso cotidiano e gerando um mal-estar permanente que ofusca a autonomia e a emancipação (BRITO; BARP, 2008). É silencioso, difuso, disperso, sem definição clara, podendo estar em qualquer parte, sem nunca o vermos, deixando-nos na sombra das incertezas e sempre indicando que podemos não conseguir o que desejamos, mas sim algo bem diferente e altamente desagradável (BAUMAN, 2008).

É nessa incerteza e nessa possibilidade de não conseguir o que desejam, mas sim vivências desagradáveis e sofridas, que as mulheres deixavam-se modular, enquanto os profissionais, instigando o medo pelo discurso do risco, traçavam os caminhos a serem percorridos por elas. Ficou evidente, em todos os acompanhamentos que realizei, esta modulação das trajetórias pelo enunciado do medo, usado por meio de um discurso de segurança e prevenção de riscos, mas cercado de conflitos de interesses.

Castiel (2003) afirma que a forma com que os especialistas nos campos biomédicos expressam a questão dos riscos para os sujeitos pode determinar os caminhos terapêuticos que eles irão seguir, indicando que quando se utilizam informações negativas ou de possíveis perdas a influência é ainda maior sobre as decisões. Discursos sobre riscos e que inferem a insegurança são constructos de caráter normativo e estão vinculados a interesses diversos, criando verdades absolutas, dividindo o mundo entre os que sabem (os especialistas) e os que não sabem (os leigos) e construindo uma categoria preventiva que deve sofrer intervenção dos *experts* (BRAGCHEVSKY et al., 2010).

Procurando desprender-se dos riscos de seu desejo por esperar o tempo de nascimento do bebê, despindo-se do medo de desfechos desagradáveis e não esperados e buscando um parto seguro, as mulheres aceitavam o que os obstetras (*experts*) indicavam, seguindo os caminhos traçados por quem elas identificavam que sabia melhor do que elas sobre o assunto. A intervenção era necessária para garantir a segurança e prevenir os riscos de um nascimento não controlado pelo modelo tecnológico e o caminho a ser tomado para que tudo corresse bem era agendar a cesariana.

Afinal um dos encaminhamentos possíveis diante das configurações de risco divulgadas pelos profissionais é buscar o setor econômico, responsável pela comercialização de produtos de proteção, adquirindo serviços ou práticas que enfrentem as potenciais ameaças sugeridas (CASTIEL, 1996). A economia de consumo depende da produção de consumidores, os quais precisam ser temerosos e amedrontados, produzidos para os produtos destinados a enfrentar o medo e esperançosos que estes perigos sejam forçados a recuarem a partir da proteção adquirida pelos produtos consumidos (BAUMAN, 2008).

O medo gera uma economia de mercado bastante lucrativa, modulando comportamentos e condutas dos sujeitos, os quais necessitam se prevenir contra os riscos que se apresentam na sociedade moderna. Para as mulheres a cesariana, independentemente de ser um procedimento com indicações clínicas bastante claras, torna-se um objeto de consumo seguro e privilegiado, capaz de garantir um nascimento controlado e sem riscos, tornando-se a partir da indicação biomédica a forma racional e menos perigosa de seus filhos nascerem. Com o enunciado do medo e o discurso do risco

produziu-se mulheres consumidoras ávidas pela segurança ofertada pelo produto mercadológico chamado cesariana.

Logo, agendar a cesariana “por segurança”, como indica a médica de **Malala**, é garantir que seu bebê vai nascer com o mínimo de riscos para sua saúde, enquanto esperar pelo tempo de nascimento (além do feriado) torna-se perigoso e ameaçador. Já para **Leila**, insistir em um parto vaginal é insistir na exposição de sua filha a um risco desnecessário, tornando-se uma atitude ameaçadora e inconsequente. Os *experts* falaram, opinaram, deram seu diagnóstico, indicaram a gravidade da situação, deixando que as mulheres “escolhessem” o caminho a ser trilhado, mas avisadas previamente que, se o caminho não fosse o que havia sido sugerido, o desfecho poderia ser bastante desagradável. Trata-se de uma escolha quase sem escolhas.

Operar com a categoria risco, enunciando o medo, é adentrar espaços futuros de probabilidade, incluindo todos os sujeitos em situações de risco, mesmo que não apresentem sinais evidentes de que o perigo exista. No entanto, esse próprio discurso trata de dimensões subjetivas, obrigando os sujeitos a lidarem com uma constante insegurança, onde a suspeita do perigo se renova a cada momento (CASTIEL; GUILLAM, 2007). É por essa razão que o círculo vicioso do medo e das ações preventivas por ele inspiradas segue em frente, gerando mais ansiedade e mais deslocamentos e consumos, sem nunca aproximar-se do fim (BAUMAN, 2008).

O medo de que algo desse errado no parto, reforçado pelos enunciados biomédicos, gerava ansiedade e insegurança, que por sua vez levava à vulnerabilidade, a qual retroalimentava o medo. O que ocorria era a construção de um medo, até então inexistente entre as mulheres, mas que quando enunciado pelo risco passava a existir como entidade perigosa e que exigia cuidados biomédicos. Um círculo de riscos e perigos anunciados sondavam as mulheres, levando-as a sensação de incompetência para decidir e deixando a critério médico o tipo de parto a ser feito frente a tantas situações ameaçadoras.

Emaranhadas por este círculo não havia desfecho mais seguro que uma cesariana e por mais que as mulheres resistissem acabavam sendo convencidas disso, seja nas 38 ou nas 41 semanas de gestação. As que resistiam enfrentavam o medo e o discurso do risco de

forma sofrida e culpabilizante, como o que ocorreu na trajetória de **Frida**, sempre culpada por desejar ter um parto normal aos 41 anos e por sua filha ter nascido prematura.

Entre resistir e sofrer, bom mesmo era quando o destino ou a “sorte”, como elas mesmas referiam, ajudavam, tornando o desejo pela imprevisibilidade uma rota de fuga capaz de possibilitar que as mulheres tivessem o que desejavam. Para que o parto ocorresse como elas queriam, vaginal e tranquilo, só mesmo se tudo acontecesse antes do que estava agendado, só mesmo se a ciência fosse vencida pelo incalculável, aí o processo não poderia ser parado ou negado. Mas isso só podia ser algo do destino, ou quem sabe da lua?

Ele vai nascer dia 07/04, vai ser assim. É lua de menino e se o parto começar eu não vou parar!
(**Angelina**, na torcida pelo imprevisível)

6.2.2 A imprevisibilidade do nascimento: quando controlar não é possível

O único movimento capaz de transpor os enunciados do medo e da insegurança é a imprevisibilidade, marca definidora do processo de parto e nascimento, mas bastante amedrontadora para os profissionais de saúde, os quais preferem controlar o desconhecido e não esperar por ele. Enquanto o medo possibilita a condução das trajetórias, o imprevisível permite que os desejos das mulheres sejam atendidos.

Na medida em que não podem ser planejados, são sempre surpreendentes e incalculáveis. O desconhecido pode gerar medo, assustar, mas também desafia, coloca à prova os planejamentos e, neste caso, permite que as intervenções biomédicas contrárias aos desejos das mulheres, não ocorram.

Algumas diziam que “se tivessem sorte” o parto começaria antes da data da cesariana agendada, outras utilizavam o termo “destino” como condutor dos processos de parto. Em alguns diálogos elas deixavam bastante evidente a vontade de que este destino pudesse agir a favor de um parto normal, assim essa escolha não teria vindo delas e elas não teriam culpa pelo risco ou pelo perigo que poderia se sobrepor.

É que assim oh, sempre pensei em cesárea mas sempre com esse pensamento, se tivesse que ser normal, seria o normal porque ele viria e aí não teria outra coisa.
(**Angelina**)

12/04 – Mensagem pelo celular enviada por Angelina

15h29: Olá querida novidades: o guri nasceu lindão!!

15h31: 3260kg e 48cm

15h31: Adivinha???? Parto normal !!!!!

15h33: Cheguei no hospital com 5 cm e 1 hora depois quase completa. Analgesia e logo ele nasceu!!!!

15h34: Bjus aguardamos sua visita.

Angelina, com cesariana agendada desde a primeira consulta de pré-natal, vivia referindo que havia escolhido a cesariana, mas que se o seu filho resolvesse nascer de parto normal iria deixar o processo acontecer fisiologicamente, não iria impedir o nascimento. Mesmo com a escolha “*bem consciente*”, como ela mesmo referia, vivia contando as luas, ansiosa pela chegada das “*luas de menino*”, sempre deixando transparecer que desejava que o parto iniciasse espontaneamente.

Alguns dias depois ligo pra Angelina, já se passou o dia 07/04, o da lua de meninos e nenhuma notícia do bebê. Ela me conta que havia ido naquele dia na consulta, pois sentiu muitas contrações durante o dia e durante toda semana, mas estava apenas com 3 cm de dilatação. Ela me parece muito tranquila quanto a tudo, diz que irá esperar até dia 14/04, data da cesariana, se ele não nascer até lá vai ir pra cesariana mesmo. Começo a perceber que ela deseja realmente que o bebê venha antes, venha logo, que nasça de parto vaginal e para isso acontecer só se ela entrar em trabalho de parto normalmente, seu tempo está acabando para que isso aconteça. A vontade de ver o bebê logo fica claro em suas palavras, mas não existe ansiedade maior em sua voz, ela parece tranquila e bastante decidida quanto ao que irá fazer e quanto a todas suas oportunidades. Oriento ela sobre os famosos “*3 hots*” que estimulam o parto normal, ou os 3 quentes: sexo, pimenta e chá de canela. Ela se interessa e diz que vai tentar algum ou todos. Fica claro que ela deseja entrar em trabalho de parto antes da data da cesariana agendada, mas não fala isso abertamente talvez para não se frustrar caso isso não venha a acontecer. Um dia após a nossa conversa por telefone recebo uma mensagem de Angelina me avisando do nascimento naquela madrugada. E o imprevisível comanda o nascimento mesmo! Parto normal, com analgesia e sem intervenções desnecessárias, muito rápido, com apenas poucas horas de trabalho de parto. Ela já havia marcado a cesariana, mas acabou evoluindo tão bem no final da gestação e tão tranquilamente que o parto normal, desejado internamente ocorreu um dia antes do agendado. Acabou acontecendo, da melhor forma possível e na instituição mais improvável de Porto Alegre. Angelina ganhou seu bebê normalmente no hospital privado campeão de cesarianas do município. Mais improvável impossível.
(Nota do diário de campo, 2014)

Consultando o dicionário Michaelis (2015) o significado da palavra imprevisível é “aquilo que não se pode prever”, tendo como sinônimos: inesperado, repentino eventual, incerto, fortuito, imprevisto e surpreendente. São todos os fatos e acontecimentos que não podemos prever e, por conseguinte não conseguimos controlar.

Maldonado (1991) caracteriza o parto como um evento irreversível e imprevisto, impossível de ser controlado e de se ter certeza de como ele ocorrerá, sempre antecipado na forma de expectativas durante a gestação e continuando como lembranças e sentimentos após sua conclusão. Como processo abrupto de mudanças intensas, possui níveis de simbolização como a dor e a imprevisibilidade, causando ansiedade e insegurança por esta sua característica incerta (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Quando agendado, o nascimento é relativamente previsível, seus riscos podem ser calculados e as probabilidades dos problemas podem ser definidas de forma criteriosa. Pelo menos é esta a ideia que a maioria dos profissionais da área obstétrica defendem e acreditam. No entanto, nascer é um evento fisiológico imprevisível, impossível de ser calculado e seus riscos, quando existentes, jamais poderão ser totalmente definidos. A probabilidade de que algo dê errado não pode ser conhecida e por isso o nascimento em sua forma natural/fisiológica é um fator de risco que deve ser controlado.

Bauman (2008) afirma que mesmo as ações prováveis podem nos pegar de surpresa, podem chegar quando estamos despreparados e podem nos levar às incertezas do mundo líquido moderno. O parto, como algo que não conseguimos controlar, possui um caráter inadmissível e por isso deve ser evitado, apoiando-se na ciência e na técnica, as quais seriam as formas racionais de controlar a imprevisibilidade da natureza, tornando-a obediente ao poder da razão (BAUMAN, 2008).

Se partos vaginais fisiológicos são situações imprevisíveis e, dessa forma indicam riscos, fica evidente que a cesariana é o ato médico que possibilita um desfecho mais previsível ao nascimento, situação que pelas suas características não se definiria até o último instante. O parto cirúrgico não é apenas uma tecnologia poderosa, que resolveria as situações complicadas, mas também funciona como profilaxia de possíveis complicações não somente clínicas, mas também judiciais e éticas (DIAS; DESLANDES, 2006).

Por isso **Angelina, Malala e Simone**, contavam apenas com a sorte e com o destino para que seu desejo por um parto vaginal e fisiológico pudesse se realizar. Elas não podiam arcar com os riscos de esperar que um evento tão perigoso acontecesse. Para que o parto ocorresse ele teria que vir de surpresa, sem avisos, antes da data agendada da cesariana e sem chances de ser revertido. Ele teria que acontecer espontaneamente, sem elas terem desejado realmente, mesmo que em seus calendários ficassem contando quando era a próxima fase da lua boa para nascimentos.

Sim, eu disse pra ele (pro bebê), vê o que tu quer, o que tu achar, se tu quiser vim pode vir. Se ele quiser vir antes não tem problema.
(**Angelina**, contando que conversava com o bebê)

Conversar com o bebê, conectar-se a ele e revelar seus desejos foi uma constante com todas as mulheres que acompanhei. Somente para o bebê elas podiam contar o que realmente desejavam, ele era seu único cúmplice e somente eles poderiam auxiliá-las na concretização de seus desejos. Se o destino ou o bebê decidissem pelo parto vaginal, elas respeitariam, pois seria uma decisão não tomada por elas, que estariam livres de culpas por riscos e imprevistos. Afinal, o destino acontece sem aviso, não há como escapar dele, não depende de escolhas individuais, não pode ser previsto ou controlado, implica na natureza peculiar e incontrolável (BAUMAN, 2008).

Outra trajetória marcada por planejamentos e pela imprevisibilidade é a de **Frida** que, após ter planejado um parto domiciliar e ter conseguido o apoio para isso, acabou tendo sua filha em um hospital, após uma peregrinação por atendimento e sem o acolhimento que havia tanto almejado. Frida havia escolhido as músicas que iria ouvir durante o trabalho de parto, posições em que gostaria de ficar, a equipe de saúde que iria lhe acompanhar em casa, as luzes coloridas que iriam iluminar o quarto e as mandalas que seriam penduradas no cômodo onde o bebê nasceria. Teria como acompanhantes o companheiro e seu filho, já preparados para vivenciar este momento.

Tudo estava pronto, mas o bebê resolveu que seu nascimento seria com apenas 35 semanas, sem músicas, sons, luzes ou malas prontas com roupinhas. O que ela não planejou aconteceu: um parto prematuro, no qual precisou peregrinar por três instituições de saúde e

brigar um pouco com alguns profissionais para que pudesse ter seu parto pelo menos por via vaginal e sem intervenções.

O parto de Frida foi muito diferente do que ela desejava viver, muito diferente do que ela planejara e ao mesmo tempo surpreendente como ela nunca havia esperado. Ela chora um pouco pelo parto que não teve, refere-se em processo de luto pelo parto perdido, mas traz em uma de nossas conversas justamente a questão da necessidade de controle sobre tudo, algo que o seu parto a fez refletir.

Frida me conta, emocionada, que vive um momento de luto pelo parto idealizado, diz que romantizou e programou demais um parto em casa, com músicas já escolhidas e de outra maneira. Ela ainda sofre por não ter sido dessa forma. Mas traz a questão do controle. A bebê já estava ensinando que ela não tem controle sobre nada, que independentemente de toda programação feita, foi ela (a bebê) que escolheu quando iria vir, quando iria nascer. E eu, cá com minhas reflexões, trago a questão da imprevisibilidade do nascimento, que não adianta, é um evento que não cabe nenhuma programação, nenhuma organização, nenhum plano fechado e estático. Por mais que se queira controlar, seja por meio de uma cesariana agendada, seja através de um parto domiciliar, é sempre diferente do que se imagina ou se planeja, talvez possa ser até melhor.

(Nota do diário de campo, 2014)

Para **Angelina** o parto foi surpreendentemente melhor do que havia agendado há nove meses atrás, para **Frida** foi totalmente improvável e diferente do que havia planejado, fazendo-a questionar sobre suas concepções. Mas na trajetória das duas a surpresa esteve presente, o imprevisível aconteceu, deslocando os caminhos para além do que elas haviam planejado, para a primeira possibilitando o que veladamente ela desejava, e para a segunda modificando os rumos tão firmemente construídos.

No entanto, esta imprevisibilidade é levada em conta pelos profissionais na hora de agendar os nascimentos, sendo utilizada não apenas como um fator de risco adicional ao processo de parto, mas também como um fator discrepante das características do mundo moderno, caracterizado pelo controle, pela objetividade e pela praticidade na resolução de eventos. Como mais um processo existente na modernidade, não cabe mais tratar o parto

como um evento fisiológico, mas sim como algo que precisa ser controlado, agendado, determinado, mais prático, rápido e tecnológico.

Ser imprevisível, além de ser desconhecido e arriscado, leva o parto a uma categoria que não cabe nos dias atuais. Vivemos em uma sociedade de consumo, onde o tempo é instantâneo, caracterizando-se como um capital econômico. Nesse contexto, o parto vaginal, fisiológico, não é algo viável, nem prático, necessitando de controle e agendamento, eliminando as surpresas indesejáveis, organizando as vidas modernas e, principalmente, mantendo um valor de consumo lucrativo.

6.2.3 (*desne*)Cesárea, mas prática: os conflitos de interesse que modulam as trajetórias do nascimento

Em uma sociedade de consumo, onde o progresso traça nossos caminhos com certa velocidade, sem levar em conta nossos desejos e sentimentos, “cultivam-se e normatizam-se” os sujeitos, moldando-os de acordo com os ditames da razão e da ciência (BAUMAN, 2013). Com efeito, uma das características apontadas como a marca da 'pós-modernidade' se localiza na subordinação da cultura e da subjetividade ao capital econômico, no qual a tecnologia ideológica busca adequar os sujeitos aos objetivos de produção e de mercado (JUNIOR; LÍRIO, 2006).

O processo de consumo é fundamentalmente um espaço de construção de significados, constituindo um contexto onde os sujeitos produzem, reproduzem e expressam suas subjetividades e identidades nas sociedades contemporâneas (RETONDAR, 2008). O que ocorre é um reproduzir-se culturalmente, uma mudança de pensamento, um fato social em sua origem, função, forma e aplicações, uma espécie de progressão do tradicional para o moderno, onde subjetividades são reformuladas e novas estruturas simbólicas desenvolvidas (GEERTZ, 2008).

Na atualidade privilegiam-se e reproduzem-se concepções de agilidade, rapidez, praticidade, valor de mercado, necessidade de consumo e organização, sendo estes os ideais esperados em todos os movimentos dos sujeitos. Não há salas de espera no mundo moderno, nem espaços para surpresas ou imprevistos, a agenda precisa estar sempre

organizada e todos os movimentos da vida precisam ser planejados minuciosamente, encaixando-se no cotidiano de forma a não atrapalharem nenhum evento futuro que também já foi planejado.

Nesse sentido, para Bauman (2008) o ambiente existencial tornou-se uma sociedade de consumidores, os quais reconstroem seus encontros semelhantemente às relações existentes entre consumidores e objetos de consumo, reproduzindo este tipo de relacionamento em todos os aspectos da vida cotidiana.

E se este tipo de relacionamento e de movimento humano está presente em todos os aspectos da vida cotidiana, não seriam as experiências e vivências de parto e nascimento diferentemente compreendidas. O parto, como evento imprevisível e dinâmico, não possui espaço na vida moderna, não torna-se viável e nem prático, sendo substituído por agendamentos mais convenientes.

Nascer, na sociedade de consumo, é com hora marcada e previamente estabelecida. Não há necessidade de esperar o tempo exato de formação do bebê, afinal não pode-se perder tempo com um evento tão arriscado como a gravidez. Não é viável e muito menos lucrativo um trabalho de parto demorado, exige-se planejamentos e organização para este evento tão inconstante e sem controle. Não há motivos para esperar um parto surpreendente em meio a um feriado se podemos agendar este evento convenientemente uma semana antes e assim, com nossas vidas práticas controladas, seguir nossos rumos sem intercorrências desagradáveis.

No caminhar com as mulheres desta pesquisa as palavras conveniência, praticidade e organização foram presenças constantes nos diálogos durante as consultas de pré-natal. Não presenciei, além da experiência com **Frida**, nenhuma informação ou diálogo profundo e acolhedor sobre as escolhas de parto das mulheres, nem mesmo um questionamento sobre isso, mas escutei com bastante eloquência o quanto a cesariana poderia organizar a vida agitada e ansiosa das mulheres no final da gestação.

Anunciava-se muito previamente, quase sempre já no primeiro trimestre gestacional, não uma data provável do parto, mas uma data certa, planejada e agendada para que o nascimento ocorresse. Já no final da gestação, independentemente dos desejos por um

parto vaginal, juntamente com a ideia de risco, a conveniência era colocada na mesa, as agendas eram abertas e, propositalmente, os finais de semana e feriados eram evitados, apesar dos “riscos” tão evidentemente referidos pelos profissionais.

Existem diversos aspectos culturais e sociais moduladores das escolhas das mulheres pelo tipo de parto no final da gestação, mas os fatores econômicos e de estilo de vida moderna sobressaíram-se significativamente neste estudo, levando a percepção da cesariana não mais como uma cirurgia de urgência a ser realizada em casos específicos, mas como uma opção segura, rápida, tranquila e organizada para o nascimento. Não existiram indicações clínicas para realização de uma cirurgia como via de parto, mas sim indicações de conveniência, indicações por praticidade, as quais desconsideraram perigosamente as implicações que uma cirurgia possui no incremento dos riscos para a mulher e seu filho (sim é isso mesmo, risco!).

Mas para quem as cesarianas tornaram-se um objeto de consumo rentável e garantido? São as mulheres que solicitam uma cesariana eletiva? São as mulheres que escolhem, autônoma e conscientemente informadas, a via abdominal como a via de parto? São elas e somente elas, envoltas por suas culturas e pelo seu meio social, que desejam passar seus feriados em casa com a família, não considerando os riscos evidentes de uma cirurgia para si e para seus filhos?

O que preocupa Anita nesse último mês é que ela pensou que poderia ficar tranquila até o final, mas as últimas semanas estão sendo bem difíceis, principalmente porque não consegue seguir com a faculdade, sente-se muito cansada, e isso a está afetando muito, deixando-a muito ansiosa e angustiada. Ela conta que sente muito desânimo, pavor, afinal tudo “foge de controle”, não tem o que fazer, não tem como planejar nada, e o apoio não vem de quem ela mais imaginava que pudesse vir. Pergunto se ela já pensou em cesariana e ela diz que somente agora, com o cansaço e a ansiedade que começou a pensar. Anita colocou a faculdade como algo que precisa seguir e como suas condições nesse final da gestação não estão contribuindo, marcar a cesariana e não esperar até as 41 semanas parece ser o mais prático para manter seu planejamento prévio a gestação. Afirmando que deseja cesariana, mas que está pensando em parto normal, é como se ela me pedisse que a apoiasse, que a acolhesse. A sensação que tenho é que ela deseja que alguém lhe diga que ela pode, que ela consegue. Além disso, seu obstetra, desde o início do pré-natal, não gostou da ideia de Anita querer parto normal. Para ficar mais detalhado retrato aqui o diálogo que ela conta que teve com seu obstetra, com quem ela diz ter se “estressado” e “batido pé”: *“Não, ele não gostou (do parto normal). Não? Por quê? Ele te disse alguma coisa? Sim, disse... A gente meio que se*

estressou assim...Daí eu bati pé assim...Porque ele disse: Tentou me dar várias justificativas de que cesárea era bom sim. Me deu até o nome de um livro que eu até tinha anotado, mas nunca fui atrás pra ler, sobre cesárea e ele falou que: Ai, tu sabe quanto tempo dura um parto normal?! Daí eu falei: Sei. Daí ele: Pois é, e tu sabe quanto que um médico ganha pra fazer um parto normal? 250 reais para ficar ali 12, 13 horas, e cesárea...Deixou assim bem claro né, que cesárea é com hora marcada, ele vai, ele faz, ele ganha muito mais e não tem aquele desgaste né?! E deixou bem claro, né?! Então eu falei: Ah, então tá, se o senhor não faz parto normal eu vou procurar outro médico. E ele: Ah, não é que eu não faça parto normal. Daí acho que ele viu que não ia ter jeito e pra ele não se queimar tanto: Ah até faço parto normal... E aos poucos foi indo e ele nunca mais tocou em cesárea. Foi só aquela vez mesmo..."

(Nota do diário de campo, 2014, contendo uma fala de **Anita**)

A trajetória de **Anita** foi a que mais me marcou quando penso no contexto do nascimento como produto de consumo. Jovem, com 24 anos, em sua primeira gestação, Anita sempre verbalizou que queria um parto normal, que desejava ter a filha em seus braços logo após o nascimento e que queria que tudo fluísse da forma mais tranquila possível. No entanto, sem opções no seu plano de saúde, precisou continuar com este obstetra, o qual não tocou mais no assunto 'parto' até o final da gestação, desconsiderando todas as dúvidas que ela tinha e não a informando sobre como o processo poderia ocorrer, apesar da imprevisibilidade do mesmo.

Anita comenta que ele – o obstetra - costuma fazer piadinhas no consultório sobre sua escolha do parto vaginal, além de não dar muita bola para suas dúvidas e desejos em muitos momentos. Com esse tratamento, ela conta que as vezes fica meio irritada com o obstetra e que se sentia, em alguns momentos, constrangida de questionar algo que tinha dúvida. Enfim, parece que Anita realmente não sente-se nem segura e nem a vontade com seu obstetra, mas não vê muita forma de ter outro cuidado que não esse que lhe é oferecido.

(Nota do diário de campo, 2014)

Anita viveu toda gravidez na dúvida entre deixar seu corpo conduzir o processo ou ser a mulher prática e objetiva que tanto seu obstetra, quanto sua família, desejavam que ela fosse, optando pela cesariana eletiva. Ela não desejou a cesariana, desde o início não era sua opção, mas no final da gravidez, com tantas intromissões e desinformações, a cirurgia tomava a forma de nascimento ideal para sua filha. Tudo seria resolvido se a cesariana fosse realizada: o obstetra faria com certeza e sem brigas, ela poderia manter os estudos da forma

como planejado, os familiares não mais a sufocariam com perguntas e opiniões, as dores e os inchaços não existiriam mais e a ansiedade do final da gravidez daria lugar à existência física e real de sua filha.

Quando começou a doer, quando eu comecei a ficar com medo assim de pensar: “Bah, e se ela realmente quiser ir até as 40 semanas e eu não to conseguindo mais ir na faculdade, né?!” Por mais que eu vá na teórica não adianta porque teórica para mim não é o problema, eu posso pedir a licença sabe, e ficar em casa...Se é pra eu tá indo na teórica eu peço licença e fico em casa...O que eu não vou conseguir recuperar é a prática...Então, aí é que eu comecei a pensar: “Bah, se ela não nascer até essa semana eu vou ter que pensar numa cesárea porque, por causa da faculdade, porque, se desse eu queria... Ah, acho que na verdade mesmo eu só vou fazer cesárea, realmente, se eu vê que eu vá, que eu vou perder o ano assim, sabe?! Se até sexta ela não vier...É, é a minha preocupação, sabe... Se eu tivesse uma garantia...

(Anita, preocupada com sua organização de vida e a espera pelo parto)

Partos não tem garantia e por isso não se enquadram no mundo moderno. Mesmo assim, com toda preocupação com a praticidade e toda opinião escutada, inclusive dos profissionais de saúde do hospital onde ela iria ter sua filha, Anita manteve seu desejo pelo parto vaginal.

Mas eu sei que lá é um lugar com altíssimo índice de cesárea... **Altíssimo?** Altíssimo...Eu sei que praticamente eles não fazem parto normal ali... Até que várias vezes quando eu precisei ali ser atendida, e quando elas iam me explicar dos pródromos, elas – as profissionais de saúde - diziam: “Ai, é que o teu corpo não sabe que tu quer fazer cesárea então ele tá se preparando para o parto normal.”, Daí eu nunca disse, né: “Mas eu vou fazer parto normal!” Deixa elas falarem.

(Anita, contando como todos, até os desconhecidos, tinham certeza da cesariana)

Todos os profissionais que lhe atenderam durante seu pré-natal, sem exceções à regra, lhe indicavam uma cesariana como a melhor forma de ter sua filha, não enxergando nenhuma possibilidade do corpo conseguir ou ser capaz de parir fisiologicamente. Não haviam possibilidades racionais além da cesariana, orientar sobre um parto vaginal não foi uma realidade em seu pré-natal, mas ouvir dos benefícios de uma cirurgia programada foi uma constante em todos seus atendimentos.

Seu obstetra deixou clara as razões que o conduziam a indicação de uma cesariana e nenhuma delas era baseada em evidências clínicas ou em algum risco gestacional. As razões pelas quais ele indicou a cirurgia como via de parto para Anita, já na primeira consulta de pré-natal, eram apenas as de conveniência própria: menor tempo, melhor pagamento, maior lucro. A velha máxima do capitalismo moderno e das linhas de produção tayloristas estavam ali presentes: “mais eficiência, melhor produtividade e maior rendimento”.

A noção de segurança da assistência ao nascimento, pela qual a cesariana foi primeiramente desenvolvida, se confunde com metas de celeridade e oportunismo, identificando esse ato como a maneira mais rápida e ágil de resolver o parto, independentemente das condições clínicas da mulher e do bebê. As intervenções, tais como a cesariana eletiva ou a indução artificial do trabalho de parto, sinalizam a força do modo de produção dos nascimentos existente no país: rápidos e ‘*em tempo*’ (RIESCO, 2014).

Conveniência e praticidade, com a possibilidade de agendar a data do nascimento e ser atendida pelo mesmo profissional que realizou seu pré-natal, são aspectos considerados quando da escolha por uma cesariana, principalmente em mulheres com pagamento privado do parto. A maneira de organizar a assistência neste setor, permitindo o agendamento prévio das cirurgias, alia-se a percepção de segurança da cesariana e sugere uma banalização das indicações para este procedimento (DOMINGUES et al., 2014; BENUTI et al., 2013).

Se ele não vir até dia 07 vamos fazer a cesariana, não quero que ele nasça no dia do meu aniversário, então faremos antes já que podemos escolher.
(**Jane**, sobre o nascimento de seu filho)

É, na verdade, foi por conveniência nossa né. Daí eu pensei, então, já que vou marcá uma data...Pela minha médica eu esperaria pelo dia 11, mas como dia 11 é dia de semana, a gente achou melhor...Daí 8 é um sábado. A gente optou por marcar no sábado. Aí pega o fim de semana. Não queria escolher, já que foi para escolher... Mas eu ainda acho que não vai ser eu que vou escolher a data... Risos...
(**Simone**, escolhendo a data da cesariana)

A possibilidade do agendamento constitui um arranjo técnico-social capaz de permitira busca por datas mais convenientes para participação dos familiares, permitindo à

mulher moderna organizar melhor seu próprio tempo. As tecnologias do nascimento, oferecidas às mulheres da classe média, geram um mercado de consumo obstétrico, assim como de outras tecnologias de “conveniência”, nos planos prático e simbólico, passando a ser um elemento constitutivo de “estilos de vida” e “gostos de classe” (JANOTI, 2013).

No caso de **Anita**, apesar de lutar por um parto vaginal e deixar claro ao médico que era isso que ela desejava, no final ela teve sua filha através de uma cesariana, bastante traumática e solitária, algo que ela diz não ter escolhido para si. Anita sofreu ameaças e violência, como será descrito em capítulo posterior, e teve o nascimento de sua filha marcado pelo destino de ter de sofrer porque havia desejado um parto normal. Não houve defesa de sua escolha e seus sentimentos, mas sim um trabalho de parto sofrido que a conduziu a uma (*desne*)cesárea quase que realizada como um castigo pelo seu mal comportamento. Anita havia sido uma péssima consumidora, nada conveniente.

Já para **Jane**, escolher por uma cesariana foi mais fácil, afinal, com a opinião sólida de seu obstetra sobre o que seria um parto humanizado, não havia muito o que decidir. Ela era uma mulher moderna e não haviam opções racionais para ela além da cirurgia.

No início, assim, bem naquele início... Ai, bom, vou ser mãe... Eu até pensei em parto humanizado. Aí eu comecei a ver o parto humanizado e aí eu comecei a achar tão anti-higiênico e tão... risos... E depois o Dr. Frota acabou me influenciando, porque ele é meio contra o parto humanizado, assim, que ele acha inseguro, que a mortalidade de mães aumentou muito depois que começou essa história de parto... Ele diz assim, que não acha o parto humanizado, ele acha que seja um parto animalizado, porque a mãe sente tanta dor, a mãe dá cada grito assim que, aí a mãe pari dentro da água, aí depois fica aquela gleba dentro da água, ai os dois ali boiando naquela água, a criança no colo e achando tudo lindo e...risos... E eu não conseguia achar tudo aquilo lindo, e aí eu fui tirando algumas ideias que eu tinha na minha cabeça...

(**Jane**, contando como decidiu pela cesariana)

Mulheres com maior número de consultas pré-natal, assim como Jane e Anita, possuem mais chances de mudarem de opinião sobre o tipo de parto que desejam, sendo influenciadas pela assistência recebida e chegando ao desfecho da gestação por meio de uma cesariana, destacando o peso da informação técnica sobre as escolhas das mulheres (PIRES et al., 2010). Este aspecto pode estar relacionado ao fato de que as mulheres realizam mais consultas com profissionais médicos, tendo mais oportunidades de serem convencidas

da melhor via de parto, segundo a visão desse profissional e especialmente quando o parto será assistido pelo mesmo (GAMA et al., 2014).

Jane não tinha muito bem claro o tipo de parto que queria, buscou informações sobre um parto normal e humanizado, pensando ser este o melhor para ela e seu filho, mas a informação que recebeu de seu obstetra é que este tipo de parto é “animalizado”, ou seja, descontextualizado da mulher prática e moderna que ela mesma se intitulou várias vezes em nossos encontros. No início ela pensou em viver um parto normal, mas como iria continuar com esta ideia depois do que o seu obstetra falou?

Mas tu pensas num parto normal? – Sim, inicialmente a gente queria um parto normal. Mas agora, tudo foi saindo da minha cabeça. Sou muito prática.
(Jane)

Estudos diversos indicam a diferença existente entre o tipo de parto que a mulher deseja no início e no final da gestação, dando ênfase as mudanças existidas principalmente no subsetor suplementar de saúde. No começo da gestação, quando questionadas, as mulheres referem, em sua grande maioria, desejarem um parto vaginal sem intervenções, identificando-o como o ideal tanto para si quanto para seu filho. Já no final da gestação, principalmente no subsetor suplementar, a maioria delas muda sua escolha, desejando pela cesariana e realizando este procedimento mesmo sem indicações clínicas (PIRES et al., 2010; FERRARI, 2010; MANDARINO et al., 2009; MELCHIORI et al., 2009).

A conveniência de datas a serem escolhidas em virtude da preferência médica apareceu na maioria das consultas que acompanhei. No momento em que as agendas eram abertas, com a desculpa de não deixar o bebê “passar do tempo”, as cesarianas eram marcadas, sempre em dias de semana e em horários que permitissem aos médicos manterem seus consultórios funcionando. Essa necessidade de manutenção das atividades ambulatoriais e privadas era referida abertamente pelos obstetras, os quais já deixavam evidente os horários possíveis de compatibilidade. Uma cesariana preventiva, indicada pelo risco do tempo, nunca era marcada para o mesmo dia, aspecto que poderia indicar a existência de um risco clínico, mas sim agendadas pra semana em que ainda houvesse horário disponível.

Malala, após ouvir que precisava marcar logo a cesariana pela segurança do bebê, precisou escolher a data entre os dias indicados pela médica e que fossem distantes do feriado nacional que se aproximava, o qual, por coincidência, era a data provável do seu parto.

A médica então pergunta quando Malala irá fazer a última ecografia e ela responde que será em 12 de abril. A médica questiona então se ela pode antecipar essa ecografia, pois dependendo do resultado poderia fazer a cesariana já na sexta. Malala diz que consegue antecipar e se anima com a ideia de ver seu filho antes do esperado. A médica então pede que Malala, ao fazer a ecografia ligue para ela na mesma hora, pois aí poderia encaixar a cesariana o quanto antes. Malala pede que seja domingo, pois aí sua irmã viria ficar com ela, mas a médica refere que para ela (a médica) ficaria muito ruim uma cesariana no domingo. Ela não conseguiria “ajeitar” na sua agenda. Malala parece triste, mas aceita o que a obstetra fala. Ela sai do consultório animada com a possibilidade de ver o bebê, nesse momento nem pensa mais no parto normal que tanto desejava. Não ouço mais nenhum comentário dela sobre isso, o assunto parece ter morrido dentro do consultório. E eu fiquei pensando no porque a obstetra parecia tão ansiosa em agendar essa cesariana para uma semana antes do esperado? Será que é porque na próxima semana, na semana previamente pensada para se esperar pelo nascimento, teremos um feriadão de Páscoa? E o pior é que o desejo da profissional de estar livre no outro final de semana, tão claro para mim que a olhava enquanto folheava a agenda, é bastante camuflado, já que no final da consulta ela diz que ainda existe possibilidade do bebê vir antes. Eu, sinceramente, não vejo nenhuma vontade de que isso aconteça, mas Malala vê nesse comentário uma positividade em relação ao parto normal. Eu já não tenho certeza disso.

(Nota do diário de campo, 2014)

O parto operatório passa a significar um atendimento diferenciado e que possibilita maior controle do ato médico e de seu horário de trabalho (WEIDLE et al, 2014). Assim, o que predomina é a conveniência de uma intervenção programada, a qual não ocupará muito seu tempo, ao contrário de um parto vaginal surpresa durante a noite ou em fins de semana e feriados, e que ocupará um período maior e imprevisível do tempo do profissional (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

Um bom exemplo desta organização por conveniência são justamente os números de nascimentos por via cirúrgica serem consideravelmente menores nos finais de semana, principalmente no domingo, e em alguns feriados nacionais, tais como: Natal, Véspera de Natal, Ano Novo e Dia dos finados, ocasiões em que as cesarianas costumam ocorrer com

grande frequência até uma semana antes destas datas (CHIAVEGATTO FILHO, 2013). A diminuição de cesarianas durante os fins de semana e feriados é frequentemente verificada, tornando-se um indicador de algum grau de escolha da data de nascimento, provavelmente influenciada pelo profissional (ALMEIDA et al, 2008).

Para **Malala** o domingo seria a melhor opção, já que teria seu filho de cesariana, mas para a obstetra significava um “desencaixe” na sua agenda programada. Para **Jane**, indecisa pelo tipo de parto, ouvir que poderia ser considerada um tipo de animal se escolhesse a via vaginal para o nascimento de seu filho a fez escolher pelo que a modernidade teria de melhor a lhe oferecer. Para **Anita** não havia possibilidade para o parto normal, era gasto desnecessário de tempo e pouco dinheiro a ser recebido pelo profissional. Três histórias e três desfechos muito semelhantes: desejos não correspondidos em virtude de uma sociedade prática, moderna e de consumo.

Seguindo nessa mesma direção, não podemos deixar de referir a questão econômica e o ganho financeiro que envolvem instituições, profissionais e cirurgias cesarianas, como bem lembrou o obstetra de **Anita**. Questões financeiras, tais como o diferencial de remuneração dos médicos e dos hospitais, também estão associadas à indução por cesarianas no subsetor suplementar de saúde. Do ponto de vista financeiro, os profissionais podem preferir realizar uma cesariana devido a uma melhor remuneração direta pelo procedimento realizado ou devido a uma remuneração indireta, na medida em que este procedimento permite ao provedor um maior número de nascimentos assistidos, já que uma cesariana despense menos tempo do profissional do que um parto vaginal (SANTOS, 2011).

Acreditamos que é preciso que o profissional, imbuído de questões bioéticas do cuidado informe a mulher sobre as implicações de uma cesariana agendada para saúde dela e do bebê e, principalmente, defenda o seu direito de escolha. A indicação da via de parto deveria levar em conta o que a mulher sente, deseja e a sua satisfação, e não prerrogativas burocráticas inconsistentes, as quais tutelam as mulheres e seus projetos de vida, enquanto garantem praticidade e rapidez aos profissionais obstetras (FERRARI, 2010; BARCELLOS, SOUZA, MACHADO, 2009).

Pensando nisso respondo as questões colocadas no início deste texto. As cesarianas se tornaram objetos de consumo rentável e garantido para as mulheres e para os

profissionais, mas certamente é para os segundos que ela é mais lucrativa e interessante. As mulheres podem solicitar uma cesariana eletiva, mas o fazem por não serem informadas sobre seus riscos ou sobre os benefícios de um parto vaginal. As mulheres não escolhem conscientemente informadas as vias de parto e é a falta de informação que restringe sua autonomia. Não são somente as mulheres que desejam passar os feriados em casa com seus filhos, mas se elas optam por uma cesariana por este motivo é porque o profissional obstetra não considerou os riscos evidentes para ela e seu bebê, utilizando-se de seus medos e inseguranças para oportunamente induzi-la por caminhos que lhe são mais convenientes.

Nas trajetórias aqui relatadas ocorreram modulações de escolhas por meio de conveniências, ora profissionais, ora das próprias mulheres, fazendo com que a maioria das participantes deste estudo, mesmo desejando partos vaginais, tenham vivenciado o nascimento de seus filhos por via cirúrgica. Acredito que, por mais que a mulher deseje uma cesariana, ela precisa ser informada sobre tudo o que este procedimento pode acarretar, o que não é feito pelos profissionais durante o pré-natal.

Na verdade o que percebi claramente nos caminhos trilhados foi um movimento ao contrário disso, no qual os benefícios de uma cesariana são destacados, enquanto que seus riscos efetivos e os benefícios do parto vaginal não são mencionados às mulheres. Destacam-se a organização familiar, a praticidade, a modernidade tecnológica, a segurança relativa e as oportunidades de controle que uma cesariana oferece; enquanto o parto normal é visto como um processo animalizado, sofrido, desnecessário e perigoso. Ou seja, não há benefícios em se ter um parto vaginal e se a mulher possui dinheiro para arcar com uma tecnologia cirúrgica porque não utilizar?

Existe aí um oportunismo disfarçado de comportamento de segurança, onde os profissionais obstetras utilizam os medos, a desinformação e as inseguranças da mulher, como dispositivo modulador de suas escolhas, conduzindo-as pelas trajetórias que lhe sejam mais convenientes e lucrativas. É, por assim dizer, um oportunismo cruel e que deixa marcas nos corpos femininos por meio das incisões cirúrgicas, delimitando relações de biopoder legitimadas cultural e socialmente.

A suposta decisão da mulher sobre a via de parto não passa de uma ilusão desorientada e carregada de interesses profissionais e de mercado, não configurando-se como uma escolha, mas sim uma indução, diminuindo a autonomia da mulher e tornando-a um produto de uma sólida linha de produção. Desnecessárias, mas práticas, as cesarianas são colocadas para a mulher como a solução a ser tomada e as vezes como a única opção. Há momentos em que não há escolhas a serem tomadas e, para sua própria proteção, é preciso “escolher” pela única opção possível, mesmo que esta signifique um parto que não é o seu.

6.2.4 “Não é o meu parto, é o parto dela!”: quando não existem escolhas

Chego na casa de Simone à tardinha. Conversamos, tomamos suco, comemos biscoitos e a tarde passa voando, mas nossa conversa me fez descobrir várias coisas interessantes sobre sua trajetória até sua gestação. Simone me conta que não teve tantas opções de escolha, pois seu plano de saúde só contava com uma opção de obstetra e que teve que ir na profissional que lhe acompanha até hoje, mesmo não sendo o que ela queria. Ela conta que quando falou sobre seu desejo pelo parto normal, a médica disse que tudo bem, mas que tinha um “**pacote de parto**” que não abria mão e que se fosse fazer isso teria que ser como ela quisesse: com ocitocina, episiotomia e todos os procedimentos que ela não gostaria de passar. A médica foi inflexível, não houve conversa, não houve consensos, o plano de parto era dela e não de Simone. As regras eram claras e se Simone quisesse ter um parto vaginal seria desta forma, sem outras opções. E aí a decisão foi tomada. E como ela diz, com olhar baixo e a voz resignada, uma opção bem triste, mas ao mesmo tempo bem lúcida. Afinal, se era para passar por procedimentos desnecessários ela preferia uma cesariana, marcada e mais tranquila. Já que era para não ter o que ela queria, ela não teria nada do que queria então. E aqui trago uma fala de Simone que consigo dizer melhor do que eu o que isso significou para ela: “*É triste porque não era o que eu queria, né! Desde, desde antes de engravidar eu sempre desejei passar pela experiência do parto. Eu acho que, assim como eu tinha desejo de passar pela experiência da gravidez, eu tinha desejo de passar pela experiência do parto, então, foi meio que...*” Ter abdicado de seu parto, da forma como Simone queria me causou muito estranhamento, me fez pensar de quem era o parto. Como ela mesmo relata o plano e o parto eram da médica e não dela e não houve nenhum diálogo sobre isso. Simone comenta que é preciso se programar, planejar para ter um parto conforme ela queria e que, apesar de sua médica não cobrar as taxas de disponibilidade para este momento, o parto não é da mulher, mas da médica, como ela quer e não como a mulher deseja. “*Não é o meu parto, no caso. É o parto que ela faz. Acho que, de repente, é até pra dar uma acelerada, assim, pra otimizá o tempo dela, que ela faz todas essas intervenções.*” Ouvir que o parto não era dela me chocou, e muito, e sua

voz, seu olhar, seu tom, era visivelmente de tristeza e resignação, de quem aceitou por não ter nenhuma opção além dessa. Simone ainda me mostra o esquema que a médica fez para ela, explicando como seria o parto normal. Era um papel, escrito, ou melhor rabiscado, com canetas de diversas cores, explicando em que momento ocorreria a colocação do soro, o rompimento da bolsa, a realização da episiotomia e o tempo exato que cada procedimento seria feito. Era um esquema mecânico de um parto normal totalmente intervencionista e sem nada de normal na verdade. E pelo medo de passar por tudo isso e pela impossibilidade de outra opção, Simone prefere a certeza e a previsibilidade de uma cesariana. E eu tenho certeza que essa era a ideia da médica ao final das contas, porque agora, podemos dizer que quem escolheu a cesariana foi Simone e não a médica. Mas será mesmo que a escolha foi dela?

(Nota do diário de campo, 2014, contendo falas de entrevista com **Simone**)

Em todo meu caminhar pelas trajetórias das mulheres a palavra **escolha** esteve sempre presente em meus pensamentos e reflexões, mas com definições não tão claras para mim como pesquisadora e mulher. Eu não participei de nenhum momento em que realmente percebesse algum grau de liberdade, autonomia e escolha das mulheres. O que eu presenciei foram induções camufladas, veladas e nas entrelinhas, e escolhas forçadas e até mesmo violentas.

Comecei a me questionar sobre o que entendia por escolha e autonomia e sobre o que estas palavras, tão em uso pelos obstetras que conheci e pelas mulheres que acompanhei, verdadeiramente significavam. Deparei-me, mais uma vez, na busca por um dicionário, o qual esclarecesse meus pensamentos e me tranquilizasse a alma, já um pouco assustada pela possibilidade da não compreensão das coisas da vida cotidiana.

E assim, consegui minhas definições. Autonomia: qualidade ou estado de ser autônomo; autodeterminação; liberdade moral ou intelectual; independência funcional. Escolha: ato ou efeito de escolher; seleção; classificação; aquilo que se escolhe; discernimento (MICHAELIS, 2015). Ou seja, ser autônomo é autogovernar-se, tomar suas próprias decisões, pressupondo vontade e comportamento diante de uma situação, representando mentalmente um ato e, ao praticá-lo ou não, seja em obediência aos impulsos próprios ou à razão, consubstancia uma escolha (ARAÚJO, BRITO, NOVAES, 2008; SÁ, OLIVEIRA, 2007).

Partindo desta compreensão de autonomia e escolha, penso que **Simone**, em sua relação médico-mulher, não teve oportunidade de autogovernar-se ou de selecionar aquilo que mais desejava para seu parto. Ela não escolheu verdadeiramente nada, não foram lhe apresentadas opções, não existiram alternativas para que ela deliberasse consigo mesma em busca da melhor solução para o seu caso. Seu plano de saúde não fornecia outra opção médica e sua obstetra não lhe apresentou nenhuma alternativa que respeitasse os desejos de Simone sobre seu corpo e seu parto.

No final de uma negociação inexistente e injusta, o parto não seria de nenhuma forma dela: ou Simone “escolhia” entre uma opção na qual vivenciaria um parto traumático; ou ela “escolhia” pela cesariana, procedimento que não foi seu desejo em momento algum da gravidez. Para evitar passar por procedimentos que ela considerava inadequados e desnecessários, para evitar rotinas que poderiam causar sofrimento para ela, Simone “escolheu” a cirurgia, pois no final era exatamente essa “escolha” que a médica, quase que em tom ameaçador, a induziu a fazer.

Dentro disso, do que ela propõe, tem várias coisas que eu não concordo, então, a minha opção foi triste, mas bem lúcida, sabe, de não correr o risco de, de repente, ela fazer uma episíio sem precisar, de, sei lá, romper minha bolsa e acontecer alguma coisa porque não era o momento pra rompe e ela vai romper porque eu não tava dilatando, então...escolhi.

(**Simone**, e sua escolha pela cesariana)

E aí, quando eu achava que não podia ter mais intervenções médicas e mais falta de opção, Simone escolhe o hospital que ela desejava ter seu filho, mas a obstetra refere que não quer fazer a cesariana naquela instituição, porque a agenda somente será aberta bem depois do que ela havia programado na sua própria agenda e porque não gostava da UTI neonatal do hospital que Simone havia escolhido. Ou seja, nem o hospital ela pode escolher...o parto realmente não era dela, era um evento médico por excelência e que devia encaixar-se na agenda da obstetra e não nos planos e desejos de Simone.

(Nota do diário de campo, 2014)

Os significados de autonomia e escolha realmente não se encaixavam nessa trajetória gestacional e de vida, que por sinal não se configurou em uma história isolada, mas apenas a mais marcante que vivenciei sobre a questão da escolha do parto, entre todos os caminhos que trilhamos. A trajetória de **Simone** talvez tenha sido a mais evidente nesse sentido, mas

todos os caminhos, meus e das oito mulheres que acompanhei, foram muito semelhantes, havendo graus de resistência diferenciados que apenas determinaram trajetórias de fuga das escolhas induzidas.

Tentando explicar o aumento considerável no percentual de cesarianas no Brasil, os obstetras costumam argumentar que são as mulheres brasileiras que demandam por uma cesariana, restando a estes profissionais apenas acatarem este desejo. No entanto, reconhece-se por vários estudos que as mulheres, em sua grande maioria, relatam o desejo por um parto normal, indicando que a mudança final no tipo de parto vivenciado possa ser moldada por diversos fatores, dentre eles a conduta intervencionista do médico e a crença de que a qualidade do atendimento está associada diretamente com a tecnologia utilizada (FREITAS et al., 2005; BEHÁGUE, VICTORA, BARROS, 2002; PÁDUA, 2010).

No caso de **Simone** estas prerrogativas apresentam-se de forma exemplar. Foram as condutas intervencionistas de sua obstetra e o medo pelo que poderia vivenciar com esta profissional em um parto dito normal que a induziu a optar pela cesariana. Ela desejava um parto normal, mas no final da gestação acatou a cesariana, mesmo com toda suposta “boa vontade e interesse” da médica em lhe explicar sobre como seria o parto vaginal, ou seja, podemos considerar que a obstetra até queria um parto normal, mas nos seus termos e nos seus modos. No final, se pudéssemos questionar à esta profissional sobre a escolha de Simone, ela com certeza diria que foi a mulher que escolheu e solicitou uma cesariana, autônoma e conscientemente.

Dias et al (2008), ao estudar os determinantes de uma cesariana em unidades da saúde suplementar no Rio de Janeiro, identificaram uma elevada proporção de mulheres que desejavam o parto normal no início da gestação, mas que, por razões diversas, principalmente as relacionadas ao ato médico, acabaram por experimentar uma cesariana. Os autores ressaltam que o peso da opinião médica e a sua capacidade de convencimento da mulher a favor da realização de uma cesariana, em um momento de fragilidade como o final da gravidez, podem impossibilitar o sucesso das iniciativas em prol do parto normal.

Refletindo sobre esta questão e, principalmente, sobre a força do discurso médico e científico na sociedade, compreendo que, ao não informar as mulheres sobre os tipos de parto e a opinar sobre qual forma de nascimento o profissional prefere, este acaba

influenciando diretamente a decisão das mulheres, as quais, inseguras e fragilizadas, irão seguir os comportamentos que o médico acredita serem os melhores para ela e seu filho. Ou, como no caso de Simone, não os comportamentos e ações que ela considerava melhores, mas aqueles considerados como os que mais lhe protegeriam de intervenções desnecessárias e indesejadas.

Inicia-se, nesse contexto, um jogo de poderes, uma relação entre médico e paciente desigual, onde quase sempre a mulher representa o lado mais fragilizado, tendendo a acatar o que a lógica biomédica determina. Afinal, em regimes médico-tecnológicos modernos a ideia do corpo feminino como desordenado e frágil ainda configura-se presente, exigindo que as tecnologias sejam utilizadas para que estes corpos, agora melhorados, modernizados e sociais, possam oferecer um nascimento aceitável, passível de ser assistido e principalmente controlável (JANOTI, 2013).

Na trajetória de **Simone** o poder do discurso biomédico e controlador aparentou um tom quase que ameaçador, no qual ela teria que optar ou por uma cesariana eletiva, agendada, programada e previsível, ou teria que se submeter ao sofrimento imputado pelo “tipo” de parto vaginal que a obstetra havia lhe oferecido. Não houve escuta, acolhimento, diálogo ou consenso. Não houve autonomia e muito menos escolha. O que percebe-se nesta relação desigual é apenas uma forma de micropoder, o qual intervém na realidade mais concreta dos sujeitos, isto é, nos seus corpos (HILLESHEIM et al, 2009).

As mulheres apesar de desejarem participar do seu parto e de verbalizarem seus desejos, escolhas e preferências, não encontram condições positivas para que suas necessidades de cuidado sejam viabilizadas, não havendo relações acolhedoras nos encontros com os profissionais e não tendo seus direitos respeitados. O que elas encontram são contextos de resistência, difíceis de serem superados, principalmente pela força do discurso biomédico, e acabam rendendo-se aos fatos já que não podem modifica-los (SODRÉ et al., 2010).

Entre enfrentar o poder biomédico e resignar-se frente às resistências apresentadas à ela, **Simone** caminhou em direção a segunda opção. Aceitou, foi induzida, resignou-se, mas em nenhum momento escolheu. O parto não seria dela, não importava mais os vídeos que ela tinha visto, as leituras sobre parto humanizado que compartilhou com amigos e com o

companheiro ou ainda os movimentos de busca pelo parto desejado que traçou no início da gestação. Não haviam opções, não haviam escolhas. No fim de sua trajetória, Simone precisou aprender a viver com o luto pelo parto que não teve oportunidade de escolher.

É triste porque não era o que eu queria, né! Desde, desde antes de engravidar eu sempre desejei passar pela experiência do parto. Eu tive que elaborar um luto, para me desprender de tudo isso, de tudo que havia imaginado. Hoje eu já estou mais tranquila, não sei... Já consigo encarar bem que não, não vai ser desta vez. Acho que se de repente a gente tivesse tido mais tempo para se organizar, como eu tinha planejado...

(Simone)

6.2.5 Saber é poder: o discurso biomédico como o modulador das escolhas das mulheres

Medo, risco, imprevisibilidade, praticidade, sociedade de consumo, falta de autonomia, ausência de escolhas e induções de desejos. Estes foram os principais dispositivos presentes nos caminhos das mulheres que acompanhei durante a gestação, o parto e o puerpério pelos serviços de saúde suplementar em Porto Alegre. Todos estes dispositivos estiveram presentes nas relações entre médico/obstetra e mulheres/pacientes, relações de contato, mas quase nunca de cuidado, interações desinformativas e distantes, onde o saber biomédico tomava a forma de um saber supremo, seguro e incontestável.

Em minhas conversas com as mulheres e nos momentos de assistência em que estive ao lado delas nas dependências das instituições de saúde, não presenciei questionamentos ao obstetra ou a sua conduta, o que este profissional dizia não foi contestado, o que eles falavam era a norma e devia ser seguido, sem ressalvas por parte da mulher. Não houveram espaços de discussão, diálogos ou informações. Com exceção da trajetória de **Frida** com seu obstetra humanizado (ou como eu prefiro dizer: um obstetra que faz obstetrícia), não existiram momentos face-a-face, em que o profissional se colocava a disposição para debater os saberes, as expectativas e as condutas a serem escolhidas.

As consultas de pré-natal foram marcadas por procedimentos técnicos e relações distantes: verificação da pressão arterial, ausculta dos batimentos fetais, medição da barriga, solicitação de exames (os quais a mulher as vezes nem entendia porque deveria fazer), exames de toque, conduta a ser tomada decidida pelo profissional e agendamento da próxima visita em uma semana, quando já não era agendada a cesariana “por segurança”. O

que predominou nos encontros entre obstetras e mulheres - entendendo aqui encontro apenas como duas pessoas estarem no mesmo lugar e não como uma relação entre dois sujeitos que compartilham vidas e espaços - foram as técnicas e os procedimentos realizados sobre os corpos femininos, intervenções tecnológicas e discursos de risco e perigo, onde o corpo e o parto eram vistos como o grande mal que poderia perturbar a gestação, por si só já tão frágil e perigosa de ser vivida.

Os profissionais, sempre de branco, em consultórios bem decorados, mas frios e distantes – poderia ser o consultório de um cardiologista que não haveria nenhuma diferença – recebiam as mulheres de forma amistosa e sorridente, mas permaneciam na consulta separados por uma mesa cheia de agendas, calendários e papéis específicos de diversos convênios e planos de saúde. Ficavam o tempo todo olhando para a carteira da gestante, fazendo anotações e perguntando se havia acontecido alguma coisa neste último mês, se algum problema havia aparecido e surpreendido a mulher.

Perda de líquido ou sangue? Febre? Dores? Precisou usar algum remédio? Sente o bebê mexer na barriga? Fez todos os exames solicitados? Trouxe os resultados? Vamos precisar fazer mais uma ecografia, o bebê pode não estar encaixado. Olha como o coração bate forte, isso é normal! Os diálogos, ou quase sempre monólogos com utilização de linguagem técnica, focavam as condições de risco da gravidez, inexistentes em todos os casos, e o que o profissional poderia fazer pela mulher se alguma anormalidade acontecesse.

Era importante deixar evidente, em todos os momentos possíveis, que a mulher era dependente do profissional e da tecnologia, utilizando-se para isso os enunciados do medo e do risco e os jargões biomédicos não compreensíveis pelas mulheres leigas deste saber. Fazer com que tudo parecesse complicado demais para o corpo feminino, despreparado para experimentar uma gestação e incompetente para controlar um parto, era a forma potente de normalizar esta mulher, medicalizar seus processos corporais fisiológicos e torná-la um ser disciplinado.

Os corpos femininos, como entidades separadas de seus sujeitos, eram tratados de maneira massificada, cerceados e constantemente ameaçados pela morte e pela doença, realçando muito mais o perigo e a patologia do que a crença em sua funcionalidade e capacidade de reação. Nessa concepção o modelo de nascimento hospitalar precisava

equivaler-se à lógica fabril, onde o hospital é a fábrica, a mulher a máquina e o recém-nascido a mercadoria, a qual deve ser resguardada e avaliada em sua qualidade, visto tantos perigos que o cercam (CARNEIRO, 2013).

Trata-se de um contexto de disciplinamento e normalização, os quais produzem relações desiguais e processos de dominação e governabilidade, evocados pelo poder biomédico e legitimados pela construção cultural das verdades científicas, nunca questionadas e muito menos contestadas. Para Pimentel et al. (2014) instituiu-se relações baseadas em um poder colonial, isto é, uma colonialidade do saber, onde o pensamento científico oprime o saber popular; uma colonialidade do poder, com uso de intervenções que inscrevem a força e a hierarquia médico-paciente; e uma colonialidade do sujeito, a partir de uma relação mercantilista do usuário como consumidor de saúde e submetido ao conhecimento técnico-científico.

Submetidas a tantas verdades inquestionáveis e consumidoras de um serviço de saúde “de ponta”, as mulheres que acompanhei não se sentiam capazes de questionar as ações e as condutas dos profissionais obstetras que as atendiam, visto não serem “donas” de nenhuma verdade científica que pudessem arcar com seus desejos e escolhas. Ao mesmo tempo em que se informavam nas redes sociais virtuais, buscavam conhecimento científico sobre a fisiologia da gestação e do parto e criavam redes de apoio, as mulheres também sentiam-se inseguras e com medo, já que não eram as detentoras das técnicas e das tecnologias, sentimentos esses reforçados pelos discursos biomédicos e que minavam quaisquer impressões de controle, potencial, capacidade e segurança que elas podiam ter sobre seus corpos e suas escolhas durante a gestação e o parto.

Não dominar as verdades científicas, ou melhor, não ter um título acadêmico que as tornassem dominadoras autenticadas destas, fazia com que as mulheres não conseguissem validar seus próprios conhecimentos, dificultando e impossibilitando o empoderamento frente aos seus desejos mais íntimos. Por meio desta não validação é que as práticas obstétricas normalizadoras se instalavam, cerceadas pelo enunciado do risco e do medo, fortalecendo a concepção de que os caminhos pelos quais as mulheres deveriam seguir durante a gestação e principalmente no momento do parto eram um espaço de dominação

e entendimento biomédica, devendo ser regulado e administrado pelos profissionais obstetras.

Para isso, as mulheres eram despidas de suas subjetividades e individualidades e inseridas numa heterogeneidade que as tornavam iguais em riscos, perigos e impossibilidades. Gestar, independentemente das histórias individuais de **Anita, Diana, Leila, Simone, Angelina, Jane e Malala**, era fazer parte de um grupo vulnerável, igual em suas características e incapacidades, homogêneo, e principalmente dependente das condutas intervencionistas. As formas como subjetivamente elas vivenciavam e experienciavam a gestação eram desconsideradas, minadas pelo saber e o poder que normalizava seus corpos e ditava os caminhos a serem seguidos.

O que vivenciei com elas foram exemplificações perfeitas de como utilizar o biopoder na modulação de desejos e expectativas das mulheres frente a seus corpos, suas gestações e suas formas de parir. O biopoder, esse mecanismo sutil de convencimento e ação, produzia a cada consulta e contato com os obstetras, estratégias de força que efetivava verdades sobre as mulheres, desenhando trajetórias assistenciais que não condiziam com o que elas haviam planejado para si.

Seus corpos, como afirma Foucault (1987), eram alvo de mecanismos de poder, manipulados pela autoridade biomédica, treinados racionalmente para um exercício de gestação e maternidade normalizados e vigiados para que funcionassem da forma mais adequada possível. O biopoder exercido na relação desigual entre obstetras e mulheres pode ser compreendido como uma tecnologia de ação produtora de saberes e verdades que sustentam o corpo como objeto de investigação e controle, colocando-as em um estado de insegurança corporal e dependência simbólica permanentes (GOLDENBERG, 2011; NASCIMENTO, 2010).

Foi preciso provar a todas as mulheres que seus corpos verdadeiramente não eram capazes de parir de forma fisiológica, elas precisavam da ciência e dos detentores do poder-saber para que ao final seus filhos nascessem. **Malala** não teve capacidade de dilatar o suficiente. **Anita** não foi capaz de suportar a dor e o isolamento. O corpo de **Leila** não foi suficientemente capaz de iniciar o trabalho de parto. **Jane** era moderna demais para conseguir parir. **Simone** talvez conseguisse, mas para isso ela necessitava obrigatoriamente

de toda intervenção médica segura. **Angelina** só conseguiu parir por uma imprevisibilidade do destino e **Diana**, mesmo não desejando, precisou de procedimentos específicos e da instituição hospitalar para assegurar que seu filho nascesse por via vaginal (mas não natural).

As intervenções feitas sobre os corpos das mulheres exercem um controle que ultrapassa os aspectos clínicos e fisiológicos do parto, embutindo uma ideia de necessidade, reafirmando-as como sujeitos incompletos e incompetentes, perpetuando desigualdades e construindo socialmente a cultura de que quem faz o parto é o médico, já que detém o saber-poder necessário para essa ação (PIMENTEL et al., 2014). Assim, esse saber confina os sujeitos e libera ações políticas que promulgam sentenças universais, disciplinando e governando por meio de um poder invisível e de seus dispositivos de controle e segurança (FOUCAULT, 2008).

Dizer que seu bebê era grande demais, que não havia espaço para ele “virar”, que esperar por mais de 38 semanas era arriscado e que um parto humanizado era um retorno à animalidade e um risco para seus filhos, configuraram-se como dispositivos moduladores das opiniões, desejos e condutas das mulheres, disciplinando-as durante nove meses para que internalizassem a crença de que necessitavam das tecnologias biomédicas para gestar e parir. Esta força moduladora desenhou para as mulheres caminhos medicalizantes de vida e nascimento no subsetor suplementar de saúde, reforçados continuamente pelos discursos de que as intervenções e o controle levavam à maior segurança e a anulação de quaisquer riscos.

Foram acionados, por parte dos obstetras, elementos que possibilitaram a construção de uma incompetência feminina para lidar com o processo de gestação e nascimento, tais como: o risco, o perigo, o corpo defeituoso, a patologia gestacional, a modernidade e a necessidade do controle. Igualmente, construiu-se a dependência da intervenção e da tecnologia durante os caminhos percorridos pelas mulheres na experiência de gestar e parir: inúmeros exames, ecografias diversas e de todos os tipos, partos cirúrgicos, bebês que não conseguiram passagem e mulheres que não aguentavam o sofrimento; aspectos que reforçaram ainda mais a representação da gravidez como doença e, assim, reforçavam também as categorias biomédicas iniciais.

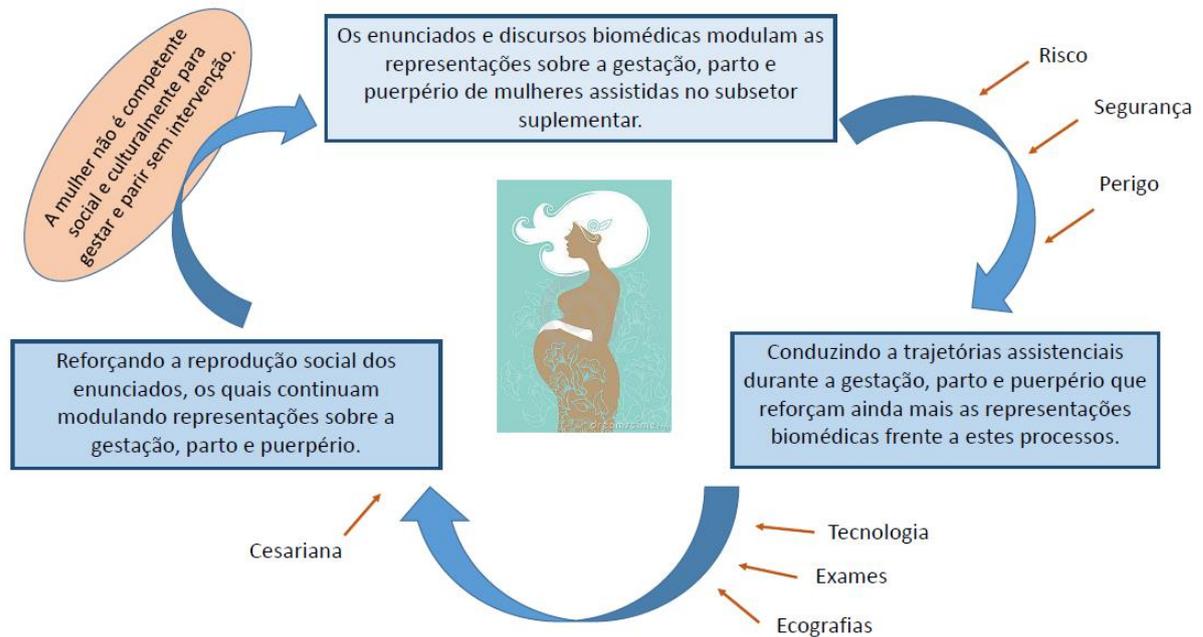
Helmam (2003) já referia sobre este ser um dos valores mais básicos da sociedade moderna transmitida por meio dos cuidados obstétricos, ou seja, a impotência feminina em face do sistema patriarcal biomédico vigente faz com que as mulheres necessitem da medicina e da intervenção para corrigirem suas deficiências de corpo e controlarem seus processos no momento do nascimento. Como afirma Foucault (1987) é preciso vigilância, disciplina e “um olhar perfeito a quem nada escapa”.

Como se observa, nas relações entre obstetras e mulheres, contextualizadas cultural e socialmente, originaram-se círculos contínuos de modulação de desejos e saberes, onde a representação sobre gestar e parir das gestantes no início da gestação não é a mesma que elas reapresentam no final dos nove meses. Esta modulação circular ocorre por diversos aspectos, mas encontra no modelo centralizador, biomédico e mercantil de assistência obstétrica um enunciado que legitima suas verdades: o risco.

Não importava tanto se o risco clínico existia ou não, ele sempre, invariavelmente, era uma entidade presente e ameaçadora, a qual construiu o dispositivo necessário para que as tecnologias se tornassem indispensáveis durante a gestação. Ainda mais se a mulher estivesse sendo atendida pela saúde suplementar, o que garantia lucro, produtividade e praticidade aos profissionais médicos.

Em um círculo engendrado pelo saber biomédico e reforçado pelo discurso do risco, a disseminação do medo e da insegurança, criou-se o que Chammé (2000) define como a ‘cultura da doença’, a qual invadiu o espaço da gestação e do parto de tal forma que determinou a ‘cultura de uma gravidez adoecida’, necessitando da figura biomédica centralizadora, intervencionista, mas legitimada cultural e socialmente. Pode-se pensar que os discursos sobre a saúde da mulher gestante ditam determinadas formas de viver, gestar e parir, produzindo modos de subjetivação mediante a constituição de regimes de verdades científicas irrefutáveis (HILLESHEIM et al, 2009).

Figura 19 - Círculo da construção da representação social de dependência feminina para gestar e parir com as categorias biomédicas hegemônicas



Fonte: Informações da pesquisa, 2014.

No entanto, como afirma Foucault (1987), para cada ponto de poder origina-se um ponto de resistência, coexistindo no mesmo plano, permeando forças e agenciamentos de potência que podem provocar transgressões ou estremecer os poderes instituídos. Transgressões, ou seja, inobservância às regras, ao que foi instituído como norma, exigem punições, as quais buscam essencialmente reduzir os desvios e corrigirem as faltas à normalidade.

Anita tentou incansavelmente transgredir as normas e acabou punida com o isolamento durante seu parto por ter desejado fugir dos padrões biomédicos aceitáveis de como deveria parir. **Frida** foi um desvio a norma, foi uma transgressora, sendo, no momento do parto, punida pelo sistema vigente, que a culpou pela ocorrência do parto prematuro, evento regido pela imprevisibilidade. Ambas tentaram quebrar o círculo hegemônico, apenas **Frida** conseguiu, mas somente até o nascimento, momento em que o círculo formou-se ao redor dos cuidados da criança, isolando Frida e culpando-a pelo risco que sua filha corria devido as suas escolhas transgressoras.

Assim como são parte da dominação, as mulheres também são parte da resistência, tentando, no decorrer de seus caminhos durante a gestação, quebrar as barreiras entre o saber-poder biomédico e as decisões sobre sua vida, seu corpo e seus filhos. O contexto em que elas experenciam a gestação, mergulhado na cultura do poder científico e principalmente na figura hegemônica da medicina, reforça as modulações de seu caminhar, mas elas ainda sim procuram por trilhas desconhecidas, que desafiem o medo e o risco, em busca da vivência da gestação e do parto que desejam.

Uma mulher não engravida sozinha, trata-se de um evento compartilhado com o grupo social ao qual pertence, sendo por meio da cultura que ela expressa suas necessidades, seus valores, seus saberes, suas crenças e sua visão de mundo (ISERHARD et al., 2009). Como diria Helman (2003), este é um momento em que a mulher encontra-se em um processo de transição cultural, deixando de ser 'apenas mulher' para ser 'mãe', devendo ser protegida de qualquer dano através da observância de rituais e comportamentos.

Portanto, a cultura em que as mulheres se inserem está permeada e imersa no saber biomédico hegemônico, determinando um senso comum que crê e reproduz a força deste poder. O que ocorre é que a ideologia dominante produz significados para estas crenças, tornando-as socialmente disponíveis, unindo símbolos particulares e interesses individuais, de tal forma que os primeiros sejam derivados dos segundos pelo senso comum, não explicando suas conexões, apenas inferindo-as (GEERTZ, 2008). Assim, compreendemos que, no mundo moderno atual, não é o ser mulher que identifica a capacidade para parir, mas o ser científico, detentor de um discurso e de enunciados que legitimam um poder capaz de gestar e de parir de forma mais segura, lucrativa e prática possível.

6.3 Pelos caminhos do puerpério: a ambivalência de ser mulher-mãe

E tu já imaginou o teu pós-parto? O teu voltar pra casa, estar em casa com o bebê? Na verdade já. Eu tô mais preparando ele (o marido) pra isso. Porque eu já vi na minha família as mulheres voltarem pra casa com os nenês. E sei que é muito complicado, que exige muito da mãe, que vai se dedicar ao nenê. Só que ele ainda não tem essa visão tão clara de o que vai acontecer. E aí ele agora com os amigos, com os nenês, ele tá se dando conta que não é tão fácil. Porque ele disse "Ah, o Caio falou que dormiu tri

bem essa noite, que a Lidi dormiu das três às quatro e meia. Três horas ela mamou e só foi acordar às quatro e meia". Dormiram tri bem. Na primeira semana ele vai ficar em casa, até porque a empresa é deles. Vamos ver o que vai acontecer. A princípio assim, eu não queria tirar a minha mãe da casa dela. Eu queria ficar na minha casa. Mas se eu precisar eu sei que ela vai, com certeza.

(Diana, preparando-se para o puerpério)

Tem um monte de mãe que acorda no meio da noite preocupada 'Será que tá passando frio, será não sei o que'. Sempre boto mais um tanto mais de roupa, mais um tanto de coberta, encapo a cama, o aquecedor tá no mesmo ambiente. Então fico um pouco mais tranquila. Mas daí demorou um tempo pra perceber que muitas vezes ela não precisa de alguém com experiência com cuidados de bebê, ela precisava de mim, sabe? Veio num nível de dificuldade excelente pros pais atrapalhados.

(Leila, explicando como é cuidar da bebê)

Durante minhas caminhadas nesses nove meses de aproximação e relação com as mulheres que acompanhei tive a oportunidade de observar e viver oito diferentes experiências puerperais. Percebi que cada mulher vivenciou o seu pós-parto de uma determinada maneira, com as suas dificuldades, as suas experiências subjetivas e as suas particulares descobertas como mulheres-mães. Mas, assim como únicas e diferenciadas, as experiências após o nascimento dos bebês eram em si muito semelhantes, envolvendo os mesmos sentimentos de desamparo, solidão, despreparo, alegria, tristeza, insegurança, todos expressos pela forma singular de cada uma vivenciar esta etapa de suas vidas.

Mesmo reconhecido como um período intenso, de (re)descobertas e (re)apresentações, o puerpério sempre me pareceu um momento quase que esquecido, inexistente dentro do ciclo da gestação e do nascimento. Durante toda a gravidez se falava sobre as modificações corporais, as novidades da maternidade, o trabalho de parto e suas implicações, mas sobre o pós-parto, aquele desconhecido período que se inicia fisiologicamente com o desprendimento da placenta e estende-se por toda vida da mulher, muito pouco era compartilhado, numa espécie de silêncio profundamente simbólico, que revelava não só as dificuldades peculiares em lidar com este momento, mas também uma ambivalência de sentimentos que nem sempre deveria ser exposta socialmente.

Quando familiares, amigos, vizinhos e até desconhecidos vinham comentar sobre o período pós-parto com as mulheres utilizavam-se das seguintes frases, sempre com

conotações negativas: *“nunca mais você dormirá!”*; *“sua vida vai mudar completamente!”*; *“seu relacionamento vai balançar!”*; *“você deixará de ser mulher!”*; *“nunca mais sua vida será a mesma!”*. Eram como avisos sobre todo tipo de adversidade que surgiria com a chegada física do bebê, como mensagens preparatórias para um período turbulento e nem sempre agradável de se viver. No entanto, estas alertas eram seguidos de algumas compensações, quase que utilizadas nos discursos para que não houvesse culpa ou arrependimento pelas mudanças advindas com a maternidade: *“mas você vai amar tudo isso!”*; *“será compensador!”*; *“o sorriso do bebê vai fazer tudo valer a pena!”*.

A mensagem transmitida por aqueles que as cercavam era de que o puerpério trazia consigo a ambivalência, a mudança e a transformação. A ambivalência, pois significava momentos de cansaço e aflição, mas também de alegrias e descobertas. A mudança física e psíquica, na medida em que seus corpos já não seriam mais os mesmos e suas concepções de ser mulher e ser sujeito seriam (re)significadas. E uma profunda transformação em seus papéis culturais, não sendo mais vistas somente como mulheres-filhas, trabalhadoras, estudantes ou donas de casa, mas agora também como mulheres-mães, com responsabilidades e expectativas sociais diferentes das que viviam antes da gestação.

E talvez por estar cercado de tantas ambivalências e diversidades o pós-parto não era mencionado em nossas conversas, não parecia ser um momento do ciclo gravídico-puerperal que merecesse uma reflexão anterior ao seu acontecimento. A ideia era sempre de que quando ele chegasse todas elas iriam sofrer, mas conseguiram assumir as expectativas reservadas à elas, já que o amor e a dedicação maternas eram vistas como inatas, ou seja, elas saberiam naturalmente o que fazer.

O enunciado da maternidade inata esteve sempre presente, fortalecido em grande parte pelos discursos de mulheres próximas, as quais contavam suas experiências puerperais quase que relatando uma saga, onde haviam sofrimentos, martírios e adversidades vencidas pelo instinto natural e feminino de ser mãe. A maternidade era própria delas, portanto, não havia necessidade de refletir sobre como organizar a vida no pós-parto, isso naturalmente aconteceria. Nos círculos sociais, nos chás de bebê, nos encontros e nos grupos esta ideia era culturalmente transmitida às mulheres, servindo como inspiração para o que ainda estava por vir.

A difusão da cultura de um amor e de uma maternidade natural, de um saber feminino próprio para ser mãe, era a demonstração prática e vívida da força que o mito do amor materno ainda exhibe na sociedade moderna. Ser mãe continua sendo uma finalidade absoluta da mulher, identifica a substância feminina, é um sacerdócio, uma experiência feliz, mesmo que implique em dores e sofrimentos, afinal estes são próprios do ser mulher. É o “instinto materno” que, ainda nos dias atuais, guia infalivelmente as mulheres nas tarefas de cuidado com a criança, não necessitando ser apreendido ou auxiliado (BADINTER; 1985).

Assim, nossas conversas sobre o puerpério só aconteceram durante o puerpério, quando um caos e um desamparo já estava instalado, em meio a ligações durante a madrugada ou no meio da tarde quando, chorando, elas diziam que não estavam mais “*dando conta sozinhas*” e que precisavam de ajuda. Foi durante o puerpério, entre as visitas intensas dos familiares e as constantes dificuldades para amamentar, que o mito da essência feminina natural para ser mãe desmoronava-se, fazendo com que cada uma se sentisse incapaz para a tarefa fisiológica, psicológica e principalmente cultural a que estavam sendo submetidas.

Mas para quem confessar essa ambivalência de sentimentos? Com quem compartilhar o não saber ser mulher-mãe? Possivelmente, isso não seria bem aceito. Estava explicado porque não se falava muito sobre o puerpério, porque não comentar o que se sente durante os primeiros dias em casa com o bebê. Afinal, os sentimentos nem sempre são tão lindos como se imaginava e a realidade era mais difícil do que se esperava. Conviver entre as descobertas com o bebê, a nova relação com o companheiro e as exigências e intromissões familiares despertava nas mulheres sentimentos não tão próprios do amor materno inato exigido delas.

Malala conta que a sensação foi de estranheza ao ver seu bebê, de conhecer ele pela primeira vez, diz que sentiu uma tristeza e que esse encontro não teve nada de romântico. “*No começo foi difícil, muito mesmo, momentos estranhos, mas a cada vez que vejo ele dormir parece que eu me apaixono mais.*”

(Nota do diário de campo, 2014, com fala de **Malala**).

Ele – o marido – tirou um mês de férias! Mas ele me incomoda, me irrita muito, preferia ficar sozinha. Agora tenho que cuidar dele e do bebê!

(**Malala**, falando da participação do marido nos cuidados com o bebê).

É que a gente idealiza as coisas e daí não acontece como a gente quer. E aquela coisa, a minha sogra sempre ensina, sabe, isso é uma coisa que me irrita muito, to num momento que eu nem consigo olhar para as fuças dela já. Ela se mete muito, ela quer me dizer o que eu tenho que fazer com a minha filha. Se morasse com ela já tinha atirado ela da janela. Já tinha lido na Zero Hora que eu tava presa já.

(**Anita**, falando da intromissão da sogra nos primeiros dias em casa)

Como explicar que não havia nada de romântico no primeiro encontro com seu filho, na ajuda paterna nos cuidados ou ainda na intromissão dos familiares em sua vida como mulher e mãe? A ambivalência tomava conta de suas experiências: ficar sozinha angustiava, mas estar envolta por muitas pessoas atrapalhava sua relação com o bebê. Eram mães de primeira viagem, desejavam auxílio das mulheres mais experientes, mas ao mesmo tempo queriam instituir as suas próprias formas de cuidar dos bebês. Acreditavam na importância da participação paterna, mas esta mesma ajuda parecia atrapalhar sua organização de cuidados com a criança. Apreender a ser mulher-mãe era mais difícil e complexo do que elas imaginaram durante a gestação.

A complexidade que envolve os primeiros momentos pós-parto é conferida pelo entrelaçamento de aspectos biológicos, psicológicos, comportamentais, relacionais e socioculturais. Não se trata apenas de um período determinado biologicamente, mas de um momento em que as demandas da maternidade se exacerbam, implicando em mudanças na vida conjugal, afetiva, sexual e pessoal e resultando em diferentes situações de vulnerabilidade (CABRAL; OLIVEIRA, 2010).

Viver o puerpério é encontrar-se em um período de crise de autoconfiança, é experimentar um ritual de transição, o qual envolve uma reorganização de todos os papéis que integram e constroem o autoconceito da mulher. Diversos sentimentos irão se mesclar no decorrer deste período: euforia, medo, alívio, ansiedade, tristeza, alegria, estranheza e vulnerabilidade, levando-as a sensação de terem chegado ao limite de suas capacidades (MERIGHI, GONÇALVES, RODRIGUES, 2006; CUTIÑO et al., 2006; GONÇALVES, MERIGHI, 2001).

O filho esperado e os momentos após o nascimento não correspondem às expectativas que elas elaboraram durante a gravidez. Elas sentem-se estranhas, precisam resgatar-se, encontrar-se, necessitam de tempo para entender os processos que estão vivenciando e o novo papel que estão assumindo. Sentem-se felizes, mas incertas, cansadas, exaustas e estressadas, o tempo é escasso para tantos afazeres e costumam chorar e isolar-se. É um momento de vulnerabilidade e transformação, onde se contrapõem sentimentos de alegria e tristeza e a ambivalência toma conta de suas atitudes (PEREIRA; RUMEL, 2007).

Malala me conta que sofreu demais no puerpério, com as visitas e as intromissões, sentindo-se desrespeitada e com raiva. Em muitos momentos, quando a casa se enchia de gente, ela se escondia com o bebê no quarto e os dois choravam. Ela diz que em um churrasco, quando todos pegavam sem permissão o bebê, ela fugiu com ele pro banheiro, se sentou no chuveiro e chorou o tempo todo, somente ela e seu filho. Diz que naquele dia desejou abrir a barriga e colocar o bebê dentro dela de novo, pois ali estaria protegido de todos.
(Nota do diário de campo, 2014)

Na fase puerperal o cuidado constrói-se essencialmente no espaço da família, extra-muros hospitalares ou institucionais, estabelecendo um rede complexa de relações em torno da mulher e do bebê, na qual se estruturam ações de ajuda e que transmitem crenças, hábitos e condutas. É no apoio familiar que a mulher encontra a superação para as adversidades do cuidado com o recém-nascido, favorecendo o desenvolvimento de sua competência e segurança frente ao papel da maternidade (STRAPASSON, NEDEL, 2010; BERGASMASCHI, PRAÇA, 2008).

No entanto, chamo a atenção para o quanto as mulheres deste estudo sentiram-se não apenas ajudadas pela família, mas na maioria das vezes invadidas e desrespeitadas. Vários foram os relatos de “*falta de noção dos familiares*”, de abusos, de intromissões e de cuidados realizados que não foram nem solicitados e nem desejados pelas mulheres, levando-as a um sofrimento que muitas vezes não podiam expressar verbalmente, como no caso de **Malala, Anita e Angelina**.

A gente achou que as pessoas iam ter mais noção, bom senso, mas isso não aconteceu. Todo mundo pega ele – o bebê - sem pedir. Antes era a minha barriga que era de todo mundo, agora é ele. Ninguém pede pra segurar, já vão pegando, acordando e dizendo o que eu, a mãe, devo fazer, dando ordens mesmo. É uma constante invasão. Me sinto que nem uma cadela acuada.

(Malala)

Não, ela se toca que eu to braba, mas ela não para. Ela continua falando: "Vocês têm que ouvir mais a gente, a gente fala pro bem de vocês, a gente tem mais experiência...". Mas eu quero criar a minha filha do meu jeito. As pessoas se metem muito. É verdade. Traumatizante. O fator estressante tá demais. Tem dias que eu to esgotada, esgotada mesmo. Ela – a sogra - bota o relógio pra despertar pra ela mamar. A gente diz que não é assim, ela pede quando ela quer mamar, ela sabe a fome dela. Não é que ela tá chorando de fome, é a maneira de dizer que ela quer mamar. Chegou um dia, o cúmulo, que ela (a sogra) me mandou mensagem dizendo "O alarme soou, está na hora do mamá". Sim, eu acabo nem curtindo tanto ela. Porque daí eu fico irritada. Às vezes eu quero me trancar no quarto. Eu venho pra casa e eu quero dormir.

(Anita)

Chego na casa de **Angelina** e encontro-a dormindo, abraçada no bebê, enquanto seu pai toma café e sua mãe passa as roupinhas de Antônio à ferro. Logo vou dizendo que não quero que acordem ela e que vou aguardar um pouco até ela acordar para dar o presente que trouxe para o bebê. O companheiro de Angelina me leva até o quarto para ver melhor Antônio que dorme tranquilamente, agora no berço. Lindo, ele tem uma carinha delicada, dorme tranquilo e é um charme só. O pai todo bobo abre aquele sorriso quando emito minha opinião. Volto para a sala e começo a conversar com os pais de Angelina sobre a chegada de Antônio. Sua mãe diz que ela estava muito ansiosa e nervosa porque a mama empedrou, que um dia antes estava com muita dor, irritada e que só se tranquilizou após falar com seu obstetra no telefone, o qual lhe orientou a ir ao Banco de Leite do hospital para ordenhar a mama. Angelina foi até o banco de leite, ordenhou bastante e aprendeu a tirar leite em casa, voltando com as mamas vazias e se dor, o que possibilitou que ela finalmente dormisse a noite. A mãe diz que ficou muito preocupada com sua filha e seu neto, ficando com eles o tempo todo. Percebo que a mãe de Angelina também está cansada e ao mesmo tempo vejo que a pia está cheia de louça para lavar. Me ofereço e ela nega, diz não precisar. Insisto e vou mesmo assim até a pia, onde começo a lavar a louça suja. Sinto que assim posso ajudar, sem atrapalhar, sinto que a mulher precisa de toda ajuda possível, sinto naquele momento que toda visita ao binômio recém-nascido deveria sentir o mesmo que eu. Menos intervenções, menos palpites, menos opiniões e mais apoio, mais ajuda prática seria bem-vinda. E me pego lavando a louça, sem me importar com alguma postura científica exigida pelo meu papel de pesquisadora e sentindo-me mais como alguém que vive um pouquinho o cotidiano dessa família. Aprendo com essa vivência simples que é no contato que vivemos e aprendemos o real vivido pelas pessoas. Enquanto lavo a louça, que por sinal era muita, continuo conversando com a mãe de Angelina e debatemos sobre a importância da presença da família, principalmente da figura materna no momento do pós-parto. E surge a frase: "*Neto de filha é sempre neto, já o filho da nora nunca se sabe né...*". Rimos bastante na hora, mas depois fico pensando no quanto a relação mãe e filha se fortalece nesse momento, é a mãe que a filha deseja, mesmo que a sogra possa ser uma pessoa bem-vinda. Angelina acorda e vem até a sala com Antônio, falando com voz de bebê, e logo me tira das louças e me oferece Antônio para ficar

no meu colo. Ela está cansada, solta suspiros, mas confirma que conseguiu dormir bem esta noite e que se sente melhor por isso. Ela conta que recebeu muitas visitas e que isso a está cansando muito, mas que combinou com o marido que após as 19 horas eles iriam fechar a casa e não receber mais ninguém, pois era o momento deles com o seu filho. Achei interessante isso, eles colocaram limites para a aproximação dos outros, respeitando o bem estar dos três. Continuamos a conversa enquanto tomamos café e a mudança do momento do café antes do parto para agora com a presença do bebê é enorme. Angelina continua tranquila, mas permanece de olho em Antônio, mesmo que a avó esteja com ele no colo. E o bebê é solicitante, mamar é a sua principal atividade e ele a realiza várias vezes enquanto estamos ali. Quem toma “café” é Antônio, muito mais do eu e Angelina. Até a casa mudou. Muitos presentes e pacotes na sala, cesta com lembrancinhas na mesa de centro, muitas roupas de bebê dobradas, banheira de banho no meio do quarto, pacotes e mais pacotes de fraldas na cama e no sofá. Nada bagunçado, apenas reorganizado, assim como a via de Angelina. Entrego meu presente: uma pantufinha de cachorro, que Angelina parece ter adorado e prontamente veste em Antônio. Me despeço, pois já é tarde e prometo voltar com mais calma. Abraço ela como que querendo passar força e vou embora com aquela sensação de ter descoberto também um pouquinho da realidade de como ser mãe nesse mundo doido onde o puerpério é campo aberto para todos adentrarem. Todo mundo quer conhecer o bebê, comemora e visitar. E ninguém nota o quanto é um momento íntimo, de pais e filhos, individual, egoísta, materno, mas culturalmente me parece que deve ser de todos. Estar lá todo mundo quer, lavar a louça são muito poucos...

(Nota do diário de campo, 2014)

Não que elas desejassem estar só ou que não quisessem ninguém por perto, elas desejavam a ajuda de familiares e em determinados momentos solicitavam esse auxílio. O problema era quando este não era solicitado e nem oferecido, mas imposto por aqueles que a cercavam, indicando cuidados mais adequados e desfazendo dos conhecimentos que elas, como mulheres-mães, já possuíam, mesmo que estivessem recém adquirindo-os. Não era mais acolhimento ou cuidado o que lhes era fornecido, mas era sim invasão, de seus espaços e lugares únicos como mães, e esse tipo de relação foi a que mais pude presenciar em meus acompanhamentos durante o puerpério.

É claro que o cuidado familiar é importante, estando associado à solidariedade entre os membros da família e a inclusão cultural do bebê ao seu espaço social. Este cuidado está associado à preocupação e ao zelo, evocando sentimentos mistos de preocupação, impaciência, insegurança e responsabilidade. No entanto, muitas vezes esse cuidado é naturalmente assumido pelos familiares, sem que a mulher o solicite, modificando a rotina e a dinâmica familiar (LEANDRO; CHRISTOFFEL, 2011).

E era justamente nestas não solicitações que os conflitos se anunciavam, determinando sentimentos de impotência materna e principalmente de invasão ao novo núcleo familiar, o qual estava se construindo com a chegada do bebê. No puerpério as mulheres, primíparas ou multíparas, precisam de pessoas que compartilhem suas demandas (CABRAL; OLIVEIRA, 2010) e não de alguém que lhes ensinem como devem exercer o papel de mãe ou ainda que lhes corrijam em tudo que desejam e escolham fazer pelos seus filhos.

Infelizmente (ou felizmente) elas conseguiam expressar somente para mim sua ambivalência entre querer a família por perto e desejar ficar só. Eram frequentes os momentos em que eu era recebida com um suspiro de alívio, um café quentinho e uma tarde chorosa e carregada de enunciados de culpa pelo que elas sentiam. Muitos foram os momentos em que a minha presença não era de pesquisadora, mas de alguém, apenas outra mulher, com quem elas podiam falar o que sentiam sem serem pré-julgadas.

E eu confesso que de todos os papéis que assumi nesta pesquisa – mulher, pesquisadora, sujeito, ouvinte, observadora – foi este, o de escuta, que mais permitiu sentir-me participante ativa destes momentos, quase como alguém que encontrava-se em um puerpério, mas sem as amarras, as expectativas e as ambivalências deste período.

Ai Aline tô fazendo terapia contigo né, desculpa!
(Anita)

Vou falar isso só pra ti né, imagina se ele (o marido) escuta isso!
(Malala)

Se eu tiver outro filho tu vai ser minha doula, pra ti posso falar as coisas.
(Leila)

Não lhes era permitido verbalizar socialmente esses sentimentos. Se mencionavam o puerpério deveria ser sempre sobre as adversidades existentes, mas vencidas pelo amor de seus filhos. Não lhes era permitido não serem abnegadas ao papel de mães, ou de reclamarem do que estavam vivenciando, ou demonstrarem que não só a alegria, mas a tristeza e a decepção também faziam parte de seus dias e noites com o bebê. Afinal quem gosta de não dormir nunca, ou de não conseguir tirar o pijama ou ainda de sentir-se mal com seu corpo?

Se elas haviam aceitado o desafio da maternidade deveriam ser mães dentro do estilo predeterminado e esperado para elas: responsáveis e devotas aos seus filhos, sem se preocuparem consigo mesmas. Elas precisavam ser as que compreendem as dificuldades, aceitando-as, dando amor e se entregando integralmente aos cuidados dos bebês, senão seriam as desviantes, as que inspiram a não aceitação moral da sociedade (LUZ, BERNI, SELLI, 2006; FORNA, 1999; BADINTER, 1985).

Por que eu tenho que dizer que é tudo bom sempre?”
(**Simone**)

Assim como a cultura da maternidade devotada, outros saberes referentes ao período pós-parto eram transmitidos entre as mulheres da família, tais como a importância do *resguardo*, a preocupação com o retorno as atividades sexuais, a possibilidade da amamentação e os cuidados com o recém-nascido. Além de todas as ambivalências que a mulher já apresentava, além de todos os sentimentos que lhe confundiam e lhe fragilizavam, ela ainda deveria cuidar de seu corpo para cuidar melhor do bebê, retornar as suas atividades como esposa e manter o peso da criança, fato este diretamente relacionado com a sua capacidade de manutenção do aleitamento materno.

Culturalmente o puerpério também é reconhecido como o período de *resguardo* ou *quarentena*, cercado de mitos, cuidados e restrições específicas que possibilitem uma adequada recuperação da mulher. Apesar das novidades do mundo moderno, ainda prevalecem crenças e procedimentos populares, aceitos social e culturalmente, operando recomendações e proibições exclusivas ao corpo feminino, considerado num momento frágil e perigoso (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Anita foi orientada por familiares que não deveria lavar a cabeça após o nascimento de sua filha. **Frida** deveria permanecer em casa, com sua filha, alimentando-se bem e tomando bastante leite e água para aumentar a produção do leite materno. **Gabriela** não deveria sair com seu filho na primeira semana, não poderia mostrar ele a sua avó internada em uma clínica geriátrica pelo risco para o bebê. **Angelina** utilizou cascas de frutas, panos quentes e benzedura para que o seio não “empedrasse”. **Simone** utilizou fitas vermelhas na testa de seu filho para que os soluços diminuíssem, assim como **Jane**, que na ausência de

fitas vermelhas utilizou a rosa e diz ter funcionado. **Leila** foi proibida de fazer qualquer esforço, somente podia carregar a bebê e dentro de casa.

O resguardo, palavra também utilizada pelas mulheres desta pesquisa, refere-se justamente à ação de guardar, cuidar com proteção a mulher, para que ela fique em repouso e possa envolver-se nos cuidados relacionados a si mesma e ao recém-nascido. Em contato com a família e acolhida quase sempre por suas mães e avós, elas recebem conselhos que na maioria das vezes não conseguem explicar a origem, ideias que difundem-se como verdades, crenças e tradições repetidas de geração a geração e que por este movimento recebem a validação necessária para serem postos em prática pelas novas mães (LUZ; BERNI; SELLI, 2007).

As crenças culturais, ao exercerem função social, revelam um poder simbólico na estruturação das condutas, comportamentos e manifestações das mulheres bem como os cuidados que elas tem com seu próprio corpo. Não realizar serviços pesados, não lavar a cabeça após o parto, dedicar-se constantemente ao filho, manter repouso, cuidar da alimentação e evitar variações de temperatura, não saindo de casa com o bebê nos primeiros dias, são recomendações que elas recebem neste período, tendendo a segui-las, mesmo que sem evidências científicas que as corroborem como as mais adequadas. É a cultura e a experiência familiar e social que legitimam essas condutas, sendo vivenciadas quase que exclusivamente no ambiente doméstico e íntimo das mulheres (ACOSTA et al., 2012; NAKANO et al, 2003)

Por outro lado a palavra *quarentena* era utilizada pelas mulheres quando elas se referiam a abstinência sexual necessária após o nascimento dos filhos, associando-a a privação de relações sexuais até o quadragésimo dia pós-parto, momento em que esta atividade estaria liberada e seria considerada segura. O que percebi foi a intensa preocupação delas com o fato de “terem” que voltar a manter relações sexuais, mesmo que neste período não estejam se sentido à vontade para isso.

Elas verbalizavam que não desejavam voltar a ter relações sexuais, que não conseguiam visualizar seus corpos com uma conotação sexual e que sentiam-se apenas mães naquele momento, não enxergando seus corpos como aqueles que desejavam prazer,

mas sim um corpo que alimentava e cuidava do filho. O desinteresse pela relação sexual pairava sobre elas que, mesmo com estes sentimentos, não verbalizavam aos companheiros este fato, iniciando a atividade sexual logo após os quarenta dias, mesmo que não desejassem isso e que não sentissem prazer.

Malala reclama muito da questão sexual, diz que não sente vontade nenhuma, mas que o marido deseja, até demais, e que por isso acaba tendo relações sexuais, mas sem vontade, “*só por parceria mesmo*”. Ela relata que como mulher se sente num outro momento, num outro ritmo e que não sente falta nenhuma, mas que o homem não tem essa mesma relação com o bebê e talvez por isso sentem tanta falta. **Malala** conta que ficou muito braba com sua mãe que falou que ela “*tinha obrigações como esposa!*”, em relação a atividade sexual. “*Aí mesmo que demorei mais pra fazer sexo, foi uma forma de protesto!*”.

(Notas do diário de campo, 2014, com falas de **Malala**)

Ao mesmo tempo em que as mulheres compreendem que devem esperar o final da quarentena para iniciar as relações sexuais, seus companheiros cobram delas este retorno, evidenciando um nítido jogo de relações de poder entre o casal, onde a passividade e a paciência do comportamento feminino em relação ao sexo seguem as matrizes do modelo de boa mulher e mãe. Por outro lado, o comportamento masculino é visto por elas como proveniente de outros moldes de relações, de busca e assertividade, de continuidade do trabalho de produção e consumo, não compreendendo estas diferenças femininas, levando-as a manterem uma visão mergulhada na construção de gênero que não as permite ter desejos e prazeres sexuais (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008; VILLELA; ARILLA, 2003).

Apesar do mundo moderno que vivemos, onde as mulheres conquistam a passos curtos alguns novos espaços e lugares sociais, a concepção de que as mulheres “*precisam cumprir suas obrigações como esposas*” continua vívida e circulando culturalmente nos meios mais diversos, independentemente da classe social ou dos graus de escolaridade dos sujeitos envolvidos. Parece que o lugar da mulher continua sendo a esfera privada, definida pelas suas relações com a família, como filhas, mães e esposas, enfatizando que na prática elas continuam sendo as responsáveis principais pela reprodução doméstica (VAITSMAN, 2001)

É preciso dar tempo ao próprio corpo, respeitar as transformações biológicas, corporais e emocionais da mulher durante o pós-parto (SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010),

entender que muito mais do que prazer, o contato íntimo é permeado por sentimentos, troca de afeto, devendo cada mulher retomar sua intimidade sexual quando se sentir preparada para isso, sendo o apoio do companheiro importante nesse processo (ACOSTA et al., 2012).

Ainda relacionado a sexualidade feminina, outro aspecto que envolve sentimentos ambivalentes no puerpério é a amamentação, sempre enraizada na cultura e na história de vida da mulher e de sua família. As representações que a mulher/mãe/nutriz possui sobre seu corpo, seus seios e sua sexualidade, são construídas socialmente, fazendo com o que o ato de amamentar ganhe significados diversos no interior da cultura em que estão inseridas, ultrapassando um quadro puramente biológico e nutricional (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

Amamentar constitui-se em um ato que interliga o biológico e o social, uma categoria híbrida construída a partir de características, atributos e propriedades definidas tanto pela natureza quanto pela cultura (ALMEIDA; GOMES, 1998, ALMEIDA; NOVAK, 2004). É um comportamento social mutável, variando conforme a época e os costumes, não podendo ser entendido como um ato individualmente consciente, mas sim interligado à aprovação de um grupo social (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

Vista por esta ótica, a amamentação assume um caráter histórico e sociocultural, permitindo que mulheres experimentem diversas representações, novos sentidos e novas práticas que podem ser compartilhadas ou não durante o processo de amamentar (MOREIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2013). Assim, as experiências com a amamentação revestem-se de percepções e sensações contraditórias, apresentando-se como um evento único e especial em cada contexto familiar e confrontando conhecimentos do senso comum e do saber científico (POLIDO et al., 2011).

Conseguir amamentar era um desejo das mulheres que acompanhei, uma vontade expressa verbalmente por todas elas, um ato entendido como biológico, mas culturalmente difícil de manter. As crenças, os mitos e as histórias envolvendo o aleitamento materno eram fortes e significativas, determinando a possibilidade delas amamentarem de forma considerada adequada para o bom crescimento e desenvolvimento de seus filhos.

Apesar da difusão de informações pela mídia, apesar do conhecimento que as mulheres verbalizavam sobre as qualidades do leite materno, as melhores posições e formas de amamentar e as vantagens econômicas da amamentação, mitos como “o leite fraco”, “a mama inadequada”, “o leite insuficiente” e a ideia de que o bebê não quer “pegar a mama”, se fizeram presentes em seu imaginário como gestante, quase sempre confirmando-se nas práticas cotidianas de amamentar. O bebê de **Anita** não conseguia pegar seu seio, dito por ela como *deformado*, mas que na verdade não possuía nenhuma “anormalidade” anatômica identificada. O leite de **Jane** era insuficiente, levando-a a complementar com leite artificial já no segundo dia de vida do bebê devido ao medo da perda de peso. **Simone** não conseguia amamentar, sentia como se seu bebê estivesse sempre com fome, o que a levou a complementação com fórmula láctea artificial ainda na primeira semana de vida.

Durante o puerpério a amamentação tornou-se uma dura realidade, vista por elas como uma obrigação e dever, mas também como um fardo que não sabiam se desejavam realmente carregar. Cuidar e amamentar o filho exige das mulheres o seu limite, deixando-as cansadas, estressadas, nervosas, afinal é uma relação muito intensa. Amamentar não as permitia dormir, comer, fazer as atividades domésticas, exigindo de seus corpos e de suas mentes muito mais do que elas imaginavam. Havia ainda a dor, nunca mencionada por ninguém durante a gestação, as complicações como ingurgitamento e fissuras, e a intensa pressão familiar para que elas cumprissem com essa importante função materna de nutrir seus filhos.

Eu não tenho tempo, só tomo banho quando tem alguém comigo, assim pra fazer um xixi eu deixo ele aqui mas eu sei que 2 segundos que ele ficar aqui ele vai chorar porque quer colo, ele só quer colo, ele exige bastante. É uma relação muito intensa né, muito, muito. É cheiro, é tato, é tudo, é voz. É tudo eu que acalmo ele... então tem horas que sou eu e eu, não tem, eu to morta de cansada mas por mais cansada que eu esteja eu sei que ele precisa mais de mim né! Então assim são 24 horas...é cansativo mas é gratificante.”

(Diana)

Sim, sempre quis amamentar. Mas ai tem todos aqueles medos, será que eu vou ter leite? será que eu vou amamentar? Será que vai sustentar? Tipo querer eu quero, mas quantas pessoas que tu ouve falar que não teve leite, mas eu acho que a maioria dessas pessoas, tem alguém que não teve, tem todos os caso. Mas assim, a maioria dos casos é má orientação. Assim essa parte eu até conversei com outras pessoas e me falaram a mesma coisa,

que também já são mães e sentiram que falta falar mais sobre aleitamento. Claro, vai ter dúvidas que tu só vai ter depois quando tu tiver o bebê, mas coisas que poderia ter sido ditas, eu achei que não ia ter tanta sensibilidade mas é um dos lugares que a mulher tem mais sensibilidade. Aí eu ficava pensando, vai passa, mas não, e aí dá essa sensibilidade o bico do seio e umas fisgada, umas ardência, quanto está mamando também, dependendo, se ele começa a descer, se ele não está posicionado bem, aí dói e aí tu não consegue te concentrar pra dar mama.

(Angelina)

Os mitos do leite insuficiente, da mama inadequada, do leite fraco, do bebê não querer sugar o seio e da alimentação materna influenciar na produção láctea, bem como na qualidade do leite evidenciam a insegurança vivida pela mulher nesse momento, justificando a complementação artificial e o desmame precoce (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011). Além do mais, a cobrança de que a amamentação seja um ato de amor materno e de prazer, apesar da dor, sendo uma condição emblemática da boa mãe, faz com que a mulher sinta-se pressionada a amamentar, de modo que esta prática torna-se uma obrigação e não uma escolha, levando-a se sentir culpada se não conseguir exercer completamente este dever social e cultural (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011; VAUCHER; DUMAN, 2005; NAKANO, 2003).

Instituíram-se dessa forma diversas formas de conduzir a amamentação ou a nutrição dos filhos. Apoiadas ou não pela família e pelos companheiros, as mulheres queriam amamentar, queriam tentar, queriam mostrar-se mães dedicadas, conduzindo-se por um caminho difícil e quase sempre ambíguo onde a dor e o prazer, o desejo e a rejeição, estavam presentes no ato de amamentar. Alicerçada nas influências, crenças e valores morais, as mulheres vivenciaram a amamentação com ambiguidades de sentidos e significados, ora positivos, ora negativos, mas sempre ancorando suas condutas nos princípios de responsabilidade, obrigatoriedade, sacrifício e doação (MOREIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2013).

O momento de amamentar era cercado de cuidados por **Angelina**, que parava de conversar, isolava-se e amamentava seu bebê dando-lhe toda atenção possível, o momento era de dedicação exclusiva. **Malala** sentava-se para amamentar sempre com um copo de água do lado, pronta para ingerir muitos líquidos que iriam auxiliar no aumento da produção

láctea. **Leila** preferia amamentar deitada, aconchegada com a filha em sua cama, deixando-a junto de si e aumentando a relação mãe e filha. **Anita** sentia muita dor ao amamentar e, mesmo com os seios literalmente jorrando leite, oferecia complemento por mamadeira para sua filha, indicado pelo pediatra para que a criança aumentasse de peso. **Diana** sentava-se com o filho no sofá, aconchegava bem ele, cuidando posicionamento do nariz e abertura da boca, sentindo sempre o leite “descer”. **Jane**, preocupada com a perda de peso do bebê não acreditava mais que seu leite poderia auxiliá-lo no crescimento, oferecendo complemento por mamadeira de forma quase que fixa.

O apoio ao ato de amamentar, ou a falta dele, levaram **Frida** a compartilhar suas experiências em uma rede social, onde criou com uma amiga também mãe-nutriz, uma comunidade virtual denominada “*Mães que amamentam*”. Neste espaço ela conta suas desventuras com o aleitamento materno exclusivo da filha, suas dificuldades, prazeres, desafios e recompensas, compartilhando vivências, dicas e informações consideradas por elas importantes de serem conhecidas pelas mulheres-mães. Atualmente esta comunidade já consta com quase mil e quinhentas participações, sendo suas postagens bastante visualizadas e comentadas. Abaixo algumas delas.

Figura 20 - Mães que amamentam, 2014

<p>Mães que Amamentam</p>  <p>trocam de vida e conquistam o mundo!</p>	<p>#mãesqueamamentam e a dor das mordidas. Recentemente tenho visto em alguns grupos sobre maternidade que participo a frequente dúvida sobre as mordidas levadas no seio durante o nascimento dos dentinhos do bebê. Por que acontece? O que devo fazer? Isso é sinal que está na hora de desmamar? Meu bebê morde de propósito? Afinal, ele irá parar de morder, ou será assim até o último dente?</p>
<p>Mães que Amamentam</p>  <p>a doce e dura realidade.</p>	<p>#mãesqueamamentam sentem inveja. Não! Mães que amamentam, não. Acho que toda mãe que fica em casa cuidando da sua cria sente inveja. Tá. Pode ser uma invejinha só, que seja. Mas ela está ali, espreitando sua mente e seu coração, principalmente no fim do dia.</p>
<p>Mães que Amamentam</p>  <p>precisam de apoio.</p>	<p>#mãesqueamamentam precisam de apoio. Precisam de ajuda, coleguismo, parceria, maternagem coletiva, progenitura compartilhada ou seja lá qual nome queiram dar. O certo é que precisam de gente na volta para dividir as tarefas.</p>

Fonte: Extraída da rede social, 2014.

Cuidar do bebê vinte e quatro horas por dia, como referiu **Diana**, não é tarefa fácil, mas ainda sim é vista como uma responsabilidade da mulher que, felizmente, nos dias atuais, conta cada vez mais com o apoio paterno. Desde os primeiros momentos pós-parto até as dificuldades das primeiras noites em casa, os pais dos bebês, companheiros das mulheres, estiveram presentes nos cuidados, auxiliando-as em quase todas as tarefas, mesmo que com dificuldades e medos.

Frida conta com orgulho como seu companheiro foi seu “*doulo*” durante o parto e como vem participando ativamente dos cuidados da filha. **Angelina** diz que o marido foi quem providenciou proteção a ela e ao bebê, não deixando que as visitas fossem além do horário determinado, mediando conflitos com os familiares e cuidando para que ela conseguisse amamentar com tranquilidade. **Leila** refere que precisou do marido para quase tudo no pós-parto, até mesmo para tomar banho durante os primeiros dias, devido a cesariana, e que ele desempenhou todos os papéis que ela esperava com carinho e determinação. **Jane** orgulha-se ao mostrar as fotos do companheiro fazendo o bebê dormir e dormindo com ele na cama, enquanto ela descansava das atividades de “*mãe 24 horas*”.

Ele me ajuda bastante sabe? Quando tá em casa, final de semana, de noite...banho a gente dá em conjunto...ele tá sempre envolvido, sempre junto e de noite ele...eu tenho, agora meu sono tá levíssimo, então eu não deixo o bebê chorar, amamentação, troco fralda e tal não acordo o Fê até porque ele trabalha né? Mas quando ele tá em casa ele pega junto...ele disse que não se imagina mais sem o filho...chegar em casa e não ter o bebê? A vida mudou tanto mas hoje... a vida mudou mas já nos adaptamos a mudança. Acho que a gente tava preparado pra isso também, a gente veio se preparando.

(**Diana**)

O papel do pai tem sofrido mudanças na sociedade moderna. Verifica-se um maior número de homens interessados em ajudar a cuidar do bebê e não apenas apoiar financeiramente a mulher, ajudando-as também nas tarefas domésticas, prestando cuidados diretos e proporcionando apoio emocional. No entanto esta participação ainda é bastante diminuída quando comparada as atividades exercidas pelas mulheres-mães (AFONSECA; MARTINS; PIERES, 2011; ABREU, 2009).

É importante compreender que, diferentemente da mulher, é somente com a presença física do bebê, a partir do nascimento, que o pai pode desenvolver uma relação direta com ele, podendo envolver-se nos cuidados, ensinando, promovendo suporte, brincando, demonstrando afeto ou compartilhando com a mãe atividades, responsabilidades e preocupações a respeito da criança (BALANCHO, 2003; PICCININI et al., 2012). Contudo, as mulheres são as mediadoras desta participação, visto serem elas que amamentam e, com isso, possuem o poder de determinar a participação do homem nos cuidados com o bebê, incluindo-os ou não na medida em que confiam nas suas aptidões para isso (ABREU, 2009).

Apesar de todos os pais participarem do nascimento dos filhos, realizarem cuidados com o bebê e apoiarem as mães, não eram todas as mulheres que desejavam esta participação ou que se sentiam mais “aliviadas” de suas tarefas domésticas. **Malala** reclamou bastante da participação do companheiro, relatando que ela não tinha confiança nos cuidados que ele realizava e que, em muitos momentos, ele mais lhe irritava do que lhe ajudava. **Anita** também referiu desconforto com algumas participações do companheiro, relatando que ele não conseguia conter as intromissões constantes dos familiares nos cuidados dela com sua filha, fator este que lhe incomodava bastante.

Esses dias entrei no quarto e ele – o marido – estava lá, dormindo, sentado no chão, enrolado numa toalha. Senti muita pena dele. Mas eu aguento muito mais que ele, na verdade ele me irrita as vezes, fazendo tudo devagar e deixando bagunçado. Tem vezes que prefiro eu fazer. Me desculpem, mas deus me livre uma licença paternidade maior que cinco dias.

(**Malala**)

Assim, cuidar dos bebês também gerava ambiguidades e sentimentos controversos para as mulheres que, ao mesmo tempo em que desejavam ser ajudadas, também não sentiam segurança nos cuidados realizados por outras pessoas, mesmo estas fossem os seus companheiros. Percebo que elas não desejam alguém que cuide do bebê para elas, mas sim alguém que lhes ofereça apoio doméstico para que elas próprias mantenham os cuidados com o bebê. E aí lembro-me novamente das “louças sujas” na cada de **Angelina**. Talvez fosse muito mais bem vindo um apoio logístico à mulher, cuidando dos fatores externos à relação mãe-bebê, do que alguém que cuide do filho para elas, aspecto que na verdade lhes incomodava.

Gutman (2013) refere que a mulher no puerpério precisa de companhia, de disponibilidade, de alguém que não interfira nem abuse de sua autoridade, que não a julgue e nem se intrometa em seus cuidados, mas que simplesmente esteja presente. Este alguém se encarregaria das atividades delegáveis, tais como cuidar da casa, cozinhar, lavar roupas entre outras, deixando as mulheres livres para que pudessem exercer os cuidados com o bebê. Nessa perspectiva, os pais não precisam exercer as funções maternas, mas apoiar as mulheres-mães em seu papel na maternidade, protegendo sua estrutura emocional e sustentando o mundo material que as rodeia (GUTMAN, 2013).

Frida, em uma de suas postagens na rede social virtual compartilhou um texto bastante pertinente intitulado “*Precisamos falar sobre o puerpério*”, escrito por uma blogueira e antropóloga e visualizado por milhares de seguidores da sua comunidade. Por ter sido bastante comentado por Frida e seus seguidores e compartilhado por todas as mulheres que acompanhei (isso mesmo: todas!), reproduzo aqui um trecho, devido a representatividade presente na escrita e que, com certeza, de alguma maneira tocou as mulheres que o leram, a ponto de fazer com que elas desejassem que outras mulheres também lessem:

Nossa cultura pós-industrial, investida em promover aspectos materiais, concretos e mensuráveis, não consegue dar conta desse aspecto emotivo, ora transcendental ora sombrio. Ao invés de promover a vivência integral desse momento, tanto o bom quanto o ruim, as normas culturais nos chamam para o mundo externo: sentimo-nos na obrigação de pentear o cabelo e receber visitas, servir algo para os amigos e parentes, deixar todos segurarem o bebê, estabelecer rotinas de cuidados e dar algum sentido a toda essa transformação. E não vou nem entrar no mérito da crueldade que é a cobrança de voltar à forma física de uma mulher sem filhos, como se aquele corpo, ainda dolorido, ainda se doando para outro ser humano, não merecesse as maiores honrarias e o mais sincero carinho pelo milagre que gerou! Quero só que você saiba que o puerpério existe, e que é duro, mesmo quando é bom. Embora tenha quem negue ou diminua o fator “punk” do puerpério, a maioria das mulheres relata que os primeiros dias ou semanas após o parto são difíceis, surpreendentes, marcados por altos (cheiro de neném, pele de neném, bebê bêbado de leite materno!) e baixos (dúvidas mil, inseguranças, choro, medos inéditos, tristeza). Isso é normal. Isso é louco. Isso é a vida de mãe.

(Postagem do Blog “*A mãe que quero ser*”, 2014)

Talvez seja isso mesmo, uma dualidade entre o que as mulheres desejam e o que culturalmente é esperado delas como mulheres, mães, esposas e nutrizes. Uma ambiguidade entre o que lhes dá prazer e o que lhes causa dor, uma linha tênue entre o público e o privado, entre o apoio e a intromissão e entre a companhia e a invasão. Talvez seja realmente necessário falarmos mais sobre o puerpério, para além das dores de um parto e das obrigações com um amor nem sempre fácil de se viver.

Fundamento pelo contexto sociocultural e enraizado em crenças, mitos e saberes do senso comum, o puerpério precisa ser re-significado, compreendido com o olhar do sensível e apreendido numa perspectiva histórico-social. Transitar socialmente entre o papel de

mulher e o de mulher-mãe não é fácil e não deve ser vivido sozinho, precisa ser compartilhado, experienciado em conjunto, de forma não agressora, impositiva ou culpabilizante. É preciso retirar da mulher as amarras do amor materno inato e as expectativas de “boa mãe”, deixando-a livre para acertar, errar, permitir-se apreender e construir sua maternidade da melhor forma que encontre para si.

Falar sobre o puerpério é adentrar um espaço-lugar onde a cultura rege as escolhas, desenhando trajetórias envoltas não pela racionalidade biomédica, mas pelas experiências de vida e de cuidado. Afinal, no caminho das relações desenham-se movimentos sinuosos entre o ir e o vir, retomando tradições e passados, *“numa constante redefinição de onde nós estávamos, onde estamos e para onde vamos”* (GEERTZ, 2008).

Caminho este percorrido pelas mulheres, no qual, por meio das desventuras e descobertas do puerpério, através das ambiguidades entre o que elas eram e o que são agora, entre o que desejam e o que fogem, reconhecem-se como mulheres-mães, determinando enunciados de maternidade próprios, mas sempre socialmente construídos e compartilhados. Afinal, existem fenômenos sociais cujo impacto é imediato, profundo e até mesmo decisivo para os sujeitos, mas cuja significação não pode ser avaliada efetivamente até bem depois de sua ocorrência (GEERTZ, 2008), e um deles, sem dúvida nenhuma, é a transição que a mulher vivencia após o nascimento de seu filho.

7 TRAJETÓRIAS DE VIOLÊNCIA NO SUBSETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE

Não foi por mero acaso ou simples organização textual que deixei para o final da análise destas trajetórias o tema referente a violência vivida pelas mulheres durante a gestação e o parto. Assim como não poderia terminar (ou reiniciar) sem citar esse tema tão presente nesta minha caminhada. Escolhi deixar para o final, pois era exatamente desta forma que os relatos de violência apareciam nas vivências das mulheres que acompanhei: elas me contavam com alegria sobre sua gestação e sobre o nascimento de seus filhos, mas finalizavam o relato com as dores e sofrimentos do parto, as quais na maioria das vezes não eram físicas.

As histórias não iniciavam pela violência, mas terminavam por ela. Independentemente de suas individualidades, perspectivas e desejos, independentemente de suas trajetórias durante a gestação, em algum momento as mulheres vivenciaram algum tipo de violência, sejam verbais, físicas, veladas ou escancaradas. Não importava tanto a forma como elas se caracterizavam ou como eu as nomeie neste texto, mas importa para mim, mulher e pesquisadora, a realidade concreta de ter compartilhado e vivenciado momentos como estes.

Desejava inicialmente neste capítulo apenas relatar algumas histórias de violência sofrida pelas mulheres, mas ao adentrar este campo, me deparei com uma dificuldade acentuada em discutir sobre esse assunto. Era algo que me incomodava, que eu não conseguia compreender e que por isso não conseguia definir ou concretizar em palavras escritas. Parecia sempre que faltava-me um arcabouço teórico que possibilitasse um entendimento maior sobre esta realidade, que pudesse me auxiliar na compreensão destas vivências. Parti então em busca de textos sobre o assunto, os quais facilitaram um pouco este exercício de reflexão e escrita, mas não diminuíram minha dificuldade de aceitação desta realidade.

Ter observado, compartilhado ou ouvido relatos de violência obstétrica é ter experienciado atos de profissionais de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressos por meio de uma atenção desumanizada, pelo abuso de intervenções, pela medicalização excessiva e pela transformação patológica dos processos de parturição

(JUAREZ et al.; 2012). Ao mesmo tempo é ter compreendido, por meio deste atos, o quanto há de violência de gênero e abuso de poder nas relações entre profissionais de saúde e mulheres, as quais possuem dupla desvalorização: a de ser mulher e a de ser paciente, submissa cultural e cientificamente aos padrões patriarcais de assistência e saúde (AGUIAR; D'Oliveira, 2011).

É reconhecido que as mulheres, em suas experiências de gestação e parto, são continuamente induzidas, desvalorizadas e não acolhidas, sofrendo diversas formas de violência, as quais vão desde negligência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física; até a violência sexual (D'OLIVEIRA; DINIZ; SHRAIBER, 2002). Além disso, aponta-se também como um tipo de violência o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários, os quais o uso indiscriminado resulta em aumento dos riscos e sequelas, sendo eles: rompimento artificial das membranas, a realização da episiotomia como rotina, o uso do fórceps sem necessidade e as cesarianas sem indicação clínica (AGUIAR, 2010; DINIZ, CHACHAM, 2006; DINIZ, 2001).

Pensando nestes formatos em que a violência obstétrica pode se manifestar, concordo com as reflexões de Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2011) referindo que na verdade o que ocorre é a banalização de um tipo de violência institucional, disfarçada de boa prática profissional, realizada para o bem da mulher e exercida legitimamente com autoridade. Isso possibilita que os profissionais, muitas vezes, não consigam distinguir suas ações ou a utilização de determinadas técnicas como a disseminação de atos violentos, legitimando tais condutas a ponto de elas serem aceitas no cotidiano das instituições ou até consideradas necessárias para a boa prática em saúde.

Falar sobre a violência obstétrica existente nos cuidados às mulheres durante a gestação e principalmente no processo de parto é portanto discutir sobre um tema vivido na realidade das práticas de saúde (ou seriam práticas de doença?), mas negado pelos profissionais que se inserem nestas realidades. E essa negação da existência de uma violência institucional, impetrada sobre as mulheres-gestantes-parturientes, é defendida por meio de um discurso que tende a configurar como necessário ao atendimento seguro a realização de práticas violentas e abusivas.

De forma velada e contida, a violência passa a fazer parte das práticas ditas de cuidado, penetrando nos corpos femininos impotentes para reagir, legitimando técnicas, procedimentos e formas de não comunicação que desvelam condutas detonadoras do poder sobre seus próprios corpos. Ninguém pede autorização para tocá-la, todos invadem seu espaço sem permissão, seus movimentos são contidos, sua liberdade tomada e suas escolhas destituídas, mas, apesar de tudo isso, costumam dizer que ela foi cuidada com a melhor tecnologia disponível (FIGUEIRÊDO et al, 2004).

É justamente no campo das relações entre profissionais de saúde e pacientes que as situações de violência são mais difíceis de serem percebidas como tal, mesmo que impliquem em anulação de autonomia e na discriminação por diferença de classe, raça ou gênero. Falas grosseiras, desrespeitosas e sarcásticas, ordens, ameaças e reprimendas, negligência no manejo da dor, quebra de sigilo, invasão de privacidade, abandono, objetificação dos sujeitos e discriminação, costumam ser condutas consideradas comuns e até consensuais entre os profissionais, que por vezes as confundem com o exercício da autoridade em um contexto de crise, qualificando-as como uma exigência técnico-científica das práticas assistenciais (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2011).

Assim, espera-se que a mulher-gestante-parturiente frente a tudo isso exiba uma postura “feminina”, isto é, atenciosa, submissa, zelosa, discreta, contida ou até mesmo apagada, características simbólicas da dominação masculina. Não se espera que ela apresente resistência aos saberes médicos instituídos, não deve queixar-se, gritar, nem ser escandalosa, devendo aguentar a dor de preferência calada e sozinha. É a obediência que caracteriza uma boa mãe, uma paciente colaborativa, sendo que a escandalosa ou resistente, ou seja, aquela que não suporta a dor, que é fraca ou descontrolada, deve ser punida por este mal comportamento (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; DINIZ; CHACHAM, 2006; MCCALLUM; REIS, 2006; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

Em um estudo em que buscaram investigar a experiência humana frente a hospitalização do ponto de vista de pacientes internados, Gomes, Nations e Luz (2008) identificaram que esta experiência é caracterizada por abandono, solidão, aprisionamento e humilhação, principalmente devido a imposição de normas que desqualificam os sujeitos e os desapropriam de sua autonomia e subjetividade. Uma gestante de alto risco entrevistada

sentia-se tão inferiorizada como paciente hospitalizada que chegou a comparar-se com um pano de chão, pisada, destratada e humilhada (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008). O que percebe-se é que o hospital e seus agentes usam de práticas autoritárias de gerenciamento, banalizando a violência, abusando do poder e submetendo os pacientes a uma autoridade medonha e instituída de desigualdade (LUZ, 2004; LUZ, 1979).

Fica claro então que a relação profissional-mulher/paciente é unilateral, de dominação, construída dentro de repetidos modelos normativos de assistência, onde a comunicação predominante é a não-terapêutica e o enfoque é no biológico, raramente abrindo espaços para a participação da mulher (CARON; SILVA, 2002; FELITTI, 2011). Nesta relação a parte dominada sempre será a mulher e quando ela quiser exercitar sua autonomia e seu conhecimento acerca do evento do seu corpo ou quando expressar descontentamento com a atenção recebida, ela será silenciosamente calada, ignorada nas suas manifestações e subjugada ao poder biomédico (PEREIRA, 2000).

É partindo destas concepções que discordo de Wolff e Waldow (2008), as quais indicam que este tipo de violência vivida durante os processos de gestação e parto é consentida por parte das mulheres, as quais se submetem principalmente pelo bebê, pelo atendimento e pelas condições de desigualdade. Discordo desta afirmação, pois nenhum tipo de violência é consentida, autenticada ou aceita por quem é violentado, se são submetidas a algo isso quer dizer que não houve consentimento. As mulheres não consentem ser violentadas durante seus partos, elas são induzidas, enganadas, desrespeitadas e desapropriadas de sua autonomia em um momento de fragilidade e vulnerabilidade, sendo conduzidas por caminhos modulados principalmente pelo discurso biomédico do risco e do medo.

Preciso destacar aqui que todos estes estudos sobre violência obstétrica citados foram realizados exclusivamente no setor público de atenção à saúde, em maternidades públicas e, em muitos casos, com mulheres provenientes de condições desfavoráveis de vida. Todos destacam como um dos fatores marcantes para o abuso de poder e a dominação simbólica os aspectos socioculturais, relacionando-os a uma prática discriminatória quanto a gênero, classe social e raça/etnia.

No entanto, minha pesquisa foi realizada no subsetor suplementar de saúde, espaço privilegiado de assistência, onde a tecnologia de ponta está disponível e o acesso aos serviços de saúde tornam-se relativamente mais fáceis. Além disso, as condições sociais das mulheres que acompanhei também podem ser consideradas favoráveis: todas com nível superior completo ou em curso, em sua maioria independentes financeiramente e com condições socioeconômicas privilegiadas. Características as quais eu esperava que pudessem protegê-las da ocorrência, mesmo que eventual, de algum tipo de violência obstétrica.

Mas isso verdadeiramente não aconteceu. Mesmo com certo grau de conhecimento, independentes e vivenciando gestações desejadas, elas passaram por experiências fortes de violência, as quais marcaram de forma significativa suas concepções sobre a gestação, o parto e a maternidade. Não é apenas no setor público que a violência obstétrica está presente, mas também no setor privado, indicando que independentemente da classe social, as mulheres são subjugadas, violentadas e desrespeitadas em sua autonomia quando o assunto em questão é o nascimento de seus filhos.

Enquanto a violência do setor público cristaliza-se principalmente durante o processo de parto, as mulheres que acompanhei, no subsetor suplementar de saúde, sofreram violência tanto na gestação quanto no parto em si. Disfarçada por entre os consultórios organizados, os aparelhos de ultrassom de terceira dimensão, as hotelarias hospitalares confortáveis e isoladas e a utilização absurda das tecnologias, a violência deixava suas marcas nas entrelinhas, submetendo as mulheres a um poder biomédico que as despiam de autonomia e de escolhas.

Por meio de enunciados de qualidade assistencial e de procedimentos de segurança, as mulheres foram desrespeitadas em seus desejos em relação ao parto, ameaçadas por um medo disseminado, induzidas à necessidade da tecnologia e finalmente marcadas pela cicatriz de uma cesariana indesejada. Elas escutaram que seus corpos eram ineficazes, que não conseguiriam engravidar e, quando engravidaram, que não conseguiriam parir. Elas foram deixadas sozinhas, mandadas embora, acusadas de irresponsáveis e culpadas por qualquer desordem imprevisível, mesmo pagando privativamente pelos serviços oferecidos e utilizados.

Ficou claro para mim que não importou a forma de pagamento dos serviços obstétricos utilizados, elas eram violentadas continuamente e, conforme os estudos citados, sofreram as mesmas formas de violência que as mulheres atendidas nos serviços públicos. **Diana**, mesmo conseguindo seu parto normal desejado, permaneceu deitada, em decúbito dorsal, e “necessitou” de uma episiotomia, pois o profissional a convenceu que se não fosse utilizada esta técnica ela “não teria passagem”. **Leila**, após idas e vindas no centro obstétrico de um hospital, foi acusada pela médica de irresponsável por deixar sua filha sem suporte adequado dentro de sua barriga. **Jane** teve suas dúvidas sobre um parto humanizado desconsideradas e ouviu de seu obstetra que se desejasse isso seria comparada a um animal. **Simone** não pode escolher seu parto, ela não tinha esse direito, sendo ameaçada pela médica de que se continuasse com essa ideia iria sofrer com a dor e com procedimentos que ela não queria, mas seriam realizados mesmo contra sua vontade.

Como pode ser percebido, durante as trajetórias presenciei diversos momentos e relatos de violência vivenciados nos ambientes institucionais de atenção obstétrica no âmbito do subsetor suplementar: ameaças discretas de riscos inexistentes, impossibilidade de escolher os caminhos a serem seguidos, intromissões veladas em aspectos sociais e culturais, indução de medos e insegurança, desvalorização cultural e dos saberes das mulheres, intromissões nos corpos sem consentimento ou informação e a utilização da tecnologia desnecessária e sem parâmetros clínicos identificáveis. Mas de todos estes momentos, foram as histórias de **Anita** e de **Frida** as que mais me marcaram, pelo grau de mobilização de sentimentos vivenciados por elas e conseqüentemente por mim também.

Enquanto **Anita** sofreu punições por desejar resistir ao que lhe havia sido imposto, **Frida** manteve esta resistência, sofrendo com a negação de atendimento e com a culpabilização pelos eventos transcorridos durante o seu parto. As duas histórias trazem consigo as marcas das violências de gênero e institucional, revelando uma situação até então considerada inexistente e que permanece à margem das discussões sobre a qualidade do cuidado no subsetor suplementar de saúde. Trata-se, portanto, de assumir que as mulheres estão sendo violentadas e que essa é uma realidade da atenção obstétrica brasileira, estando elas no setor público ou no subsetor privado.

7.1 A cesariana de Anita: o mal comportamento e a barganha pelo acompanhante

Escolhi contar a história de **Anita**, pois talvez seja a que melhor relata e resume as trajetórias de todas as mulheres que acompanhei. Anita sofreu violência obstétrica de forma aberta, sem ressalvas, em um hospital privado de Porto Alegre, conhecido pela ótima hotelaria, onde lhe foram oferecidas todas as condições que a saúde suplementar possuía e onde ela hoje espera nunca mais precisar entrar. Seu obstetra tinha a agenda lotada, difícil de conseguir consulta, e era conhecido pelos percentuais elevados de cesariana, mas para ela, mesmo não concordando, ele havia consentido a possibilidade de um parto vaginal.

Mas iniciarei este relato, construído com notas de meu diário de campo e falas de entrevistas concedidas por Anita durante o pós-parto, contando como tudo iniciou, como o trabalho de parto e o processo de nascimento transcorreram, tentando ser fiel a ordem cronológica dos fatos, mesmo que o que mais me impressione não seja o tempo, mas os sentimentos envolvidos.

Uma noite antes do nascimento de sua filha, Anita me telefona, sua voz é angustiada, ansiosa e já bastante cansada, parece desesperançada com o parto normal que nunca acontecia. O que me chama atenção é a ansiedade relacionada ao medo: da dor no parto, da anestesia, do corte (abdominal ou vaginal) e de morrer. Ela estava apavorada. Eu tento tranquilizá-la, tento explicar que é importante tentar relaxar, que ela deve confiar em si mesma e deixar acontecer, mas percebo que com tanta pressão externa isso pode ser difícil na prática.

Na mesma noite, por volta das cinco horas da manhã, recebo uma mensagem de Anita dizendo que sua bolsa estourou e que está indo para o hospital, que o médico disse que irá tentar um parto normal. Eu tenho sempre muito receio quando dizem que irão “tentar” parto normal. Quase sempre o desfecho de quem “tenta” parto normal é uma cesariana, depois de uma tentativa bastante frustrante e dolorosa.

Leio a mensagem e ligo para o celular de Anita, mas quem atende é sua irmã que refere que ela irá para cesariana após as dez da manhã. Fico sinceramente meio triste e pensando que apoio pode ter faltado para que ela conseguisse seu parto normal. Nas conversas que tivemos ela sempre repetia muito que achava que não ia conseguir um parto normal, que não iria aguentar e se preocupava muito com o que as pessoas podiam pensar

sobre ela devido a isso. Uma parte dela sente desejo por um parto normal, a outra sente medo e não se sente capaz de passar por isso, de não aguentar a pressão por todos que desejavam que ela passasse por uma cirurgia.

Resolvo que vou para o hospital, esperar o nascimento junto com ela e a família. Chego por volta das 12 e 30 horas e a cesariana já acabou. Encontro na sala de espera do Centro Obstétrico a sogra e o cunhado de Anita. Ambos estão na frente do vidro da sala de espera observando o pai com a bebê no colo, Anita não consigo ver, pois está deitada em uma maca próximo sem poder se levantar ainda. O pai traz a bebê até o vidro e, todo orgulhoso e com o sorriso no rosto, nos apresenta a ela. Sua mãe e seu irmão vibram e dizem “*Que linda!*”, como que em coro.

Pergunto como foi o parto e a sogra diz que ela teria sofrido muito com a dor, passado mal e que a mãe dela ao vê-la assim, também passou mal e solicitou que Anita fizesse uma cesariana. Os pais de Anita chegam também, eles haviam ido para casa após o fim da cirurgia para descansar, e juntos com os avós paternos se espremem no vidro tentando ver Anita, mas só conseguimos ver pai e filha.

Todos desejam vê-la, mas ela continuava isolada em um canto da sala de recuperação. Eu fiquei me questionando por que dessa separação? Pai e filha participavam de tudo, mas ela não, permanecia escondida e sem nossa visão. Será que ela, depois de tudo, não precisava mais dos contatos e do apoio da família, devendo ficar em um canto enquanto todos se divertem com esse momento? Queria ver ela, queria sorrir para ela e queria que ela participasse mais desse momento.

A noite ligo para Anita e converso um pouco com ela que parece cansada, mas bem, com um pouco de dificuldade de amamentar e com um pouco de dor. Combinamos que vou visita-la alguns dias após e que se ela precisasse de ajuda poderia me ligar a qualquer momento.

Alguns dias depois recebo uma ligação de Anita me convidando para visitá-la, estou realmente curiosa para saber como tudo ocorreu, mas quero ouvir dela como os fatos transcorreram. Chego em sua casa e lá está ela com a bebê e uma mesa de café a postos me

esperando, pronta para desabafar e contar tudo o que havia acontecido e o que vem acontecendo nessa nova etapa de sua vida.

Ela logo começa me contando como foi o dia do nascimento de sua filha e eu fico impressionada com o relato que se segue. A bolsa “estourou” de madrugada, enquanto se levantava da cama e ia ao banheiro. No mesmo dia ela havia consultado e o médico tinha dito que a bebê estava “alta”, não encaixada e que seria difícil um parto normal, o que a deixou bastante angustiada, sem saber se aguentaria um parto normal. Quando percebeu que a bolsa havia rompido foi tomar banho para relaxar, mas como estava muito nervosa não conseguiu e resolveu ir para o hospital logo, chamando sua mãe e o companheiro.

Ao chegar no hospital fizeram diversos exames para saber se a bolsa havia rompido realmente, mesmo com ela relatando a grande quantidade de líquido perdida, parecem não ter acreditado nela e realizaram os exames mesmo assim. Da mesma forma, mesmo após Anita ter referido ser alérgica a algumas medicações, a médica plantonista não levou isso em consideração e prescreveu justamente as mesmas medicações que ela havia acabado de relatar alergia. Obviamente ela apresentou uma reação bastante severa, o que assustou a profissional a ponto de então acreditar no relato e cancelar a administração dos medicamentos para dor.

Parece-me que a palavra da mulher, ao adentrar o hospital e em trabalho de parto, não é levada em consideração. Ela, pela visão da médica, não sabia identificar sua perda de líquido e nem o que poderia ou não tomar de medicação, nenhum de seus relatos foram respeitados e isso provocou tanto a realização de exames desnecessários quanto o desconforto causado pela reação alérgica. Talvez isso seria mais uma prova de que, ao adentrar na instituição, o que a mulher diz não tem valor para os profissionais, que o seu saber não interessa, ela deve obedecer, deixar que eles façam “o que sabem” e lembrar-se que seu corpo agora não é mais seu, seu corpo foi institucionalizado.

Após estes acontecimentos, Anita é levada para a sala de pré-parto onde fica aguardando sozinha. Nesse momento a médica diz que a bebê não está encaixada e questiona se ela ainda deseja um parto normal. Anita responde que quer aguardar o parto e é deixada sozinha na sala, sem acompanhante e sem ninguém da equipe a acompanhando

ou apoiando. Ela conta que gritava muito, vomitou várias vezes e se retorcia de dor, mas que mesmo assim continuou sozinha.

Deixo aqui um relato do que Anita sofreu, pois de qualquer forma que tentarei escrever não conseguirei dizer melhor do que ela mesma.

Porque eu acho que ela (a médica) tava braba que eu tava fazendo fiasco. Porque daí uma hora ela falou assim "Mas não era tu que queria parto normal?", porque ela já tinha me atendido uma outra vez. Daí eu falei "Sim, mas não posso mudar de opinião?" e ela "Não, tu queria parto normal aguenta, parto normal é isso, é assim mesmo". Daí eu falei "Eu quero que ele (o companheiro) entre", "Não, ele não tá aí ainda", e eu falei "Ele tá sim". Eu sabia que ele tava, eu tava com meu celular. "Não, mas tu vai ficar sozinha". Daí passou. Daí eu falei de novo, pedi pra ele entrar. "Não, mas ele não tá aí", e eu falei "Ele está aí. Se não tá a minha mãe tá, então deixa minha mãe entrar", "Não, tu vai ficar sozinha". Daí eu falei "Não, é um direito meu ter alguém aqui. Eu quero ter alguém aqui, eu sei que é meu direito". Aí ela deixou. Não deu três minutos apareceu minha mãe. (...) Não, ela (a médica) não me deixou ficar com ninguém ali. Eu tava desesperada. Eu vomitava e não tinha ninguém ali pra me ajudar. E aí caía a cuba rim no chão. E tonta. **Quando tu pensava em ter alguém do teu lado, tu queria alguém do teu lado pra que? Porque tu queria alguém contigo?** Pra ficar mais seguro. Pra tá ali comigo. Porque a dor que eu tava sentindo era horrível."

O relato de Anita realmente me comoveu e me irritou e tudo que ela consegue dizer repetidamente é que o nascimento da filha foi traumatizante demais, que ela e companheiro não desejam ter mais filhos e que isso é a única certeza atual que tem. Ela relata continuamente da dor, do quanto foi insuportável e do quanto ela não conseguia aguentar, tanto que pediu a cesariana várias vezes. E eu me pergunto se essa dor toda era mesmo física ou um reflexo do sofrimento de estar só, desamparada e de estar sendo punida por desejar um parto vaginal, o que, para esta profissional, significava que Anita deveria sofrer, sentir muita dor e estar só. Isso fica muito claro quando a médica diz que se ela queria mesmo um parto normal deveria sofrer e que não poderia fazer nada em virtude disso, nem ao menos faze-la companhia.

Em um outro momento, na continuidade, Anita relata o seguinte:

Vamos esperar até às oito. Aí às oito a gente faz um toque de novo e vamos ver". Isso quando eu cheguei era uma médica, a Simone, chegou às sete da manhã na troca de plantão. "Se até às oito ela não tiver descido aí a gente decide, tu decide se tu quer esperar mais ou se tu quer fazer cesárea", a

outra médica disse pra mim. Só que as dores começaram a intensificar, intensificar, e eu cuidando o relógio e nada, e nada das oito horas da manhã. E aí começou a ficar bem mais forte, e aí quando a Simone veio eu falei "Eu quero cesárea". Quando eu já não tava mais aguentando. Depois que ela já tinha falado "Tu não quer parto normal? Então aguenta". Chegou uma hora que não deu. E bem aquela coisa de "Não queria parto normal? É isso aí, agora sofre, aguenta, tem que aguentar, é isso aí mesmo, não posso te dar nada, não posso te dar remédio". E eu "Mas eu quero fazer cesárea!" Eu tava implorando.

Será que ela realmente escolheu a cesariana? Havia alguma outra opção? Era a cesariana ou um sofrimento solitário. Não houve opções. Ela não escolheu, mas foi induzida a acreditar que estaria escolhendo, que essa escolha estava sendo toda sua e pelo melhor dela e de seu bebê. E Anita não escolheu, ela implorou por uma cesariana, implorou para parar de sofrer e para que tivesse companhia, algo que era seu direito legal. Ela não estava aguentando a dor física, das contrações, do processo de parto e a dor emocional, de estar sozinha e sendo castigada por um suposto comportamento inadequado.

Fiquei praticamente o tempo todo sozinha. Depois eu minha mãe disse que ela (a médica) foi lá uma hora e ela disse que não ia deixar entrar ninguém porque eu tava muito nervosa. Mas não é ela que decide né, sou eu que decido se eu quero ter alguém.

Após o nascimento a bebê foi levada para longe de Anita, não mamou e nem ficou com ela. Foi dado complemento por mamadeira já na sala de parto, mesmo todos sabendo que ela não desejava e nem aceitava isso. Mais uma vez ninguém ouviu o que Anita estava falando e seu desejo sobre a sua filha foi desrespeitado por mais de uma vez, mesmo após ela ter solicitado verbalmente que não dessem mais complemento.

Anita me conta já chorando e parecendo bastante magoada, que tudo foi muito diferente do que havia imaginado e desejado, que tudo foi muito traumatizante e que não deseja viver nada disso novamente, por isso não quer mais filhos. Ela conta que o momento não foi bom, não foi alegre, que não teve vontade de comemorar, tirar fotos, nem se emocionou, só queria que tudo acabasse logo.

Tava sentindo uma dor absurda que eu achava que não ia sentir. Aí tive que fazer cesárea, e ainda tava passando por tudo aquilo sozinha. Eu fiquei bem

traumatizada. Não foi aquela coisa maravilhosa de parto, "Ai que legal, que momento legal, vamos tirar fotos...". Tanto é que eu acho que tirei uma foto dentro do CO mesmo, porque sabe quando a tua cabeça quer que aquilo acabe logo, não foi um momento de curtição. Não foi aquela coisa de "Ah, vai nascer". Eu fui curtir ela depois só, na sala de recuperação.(...).

Lembro-me de Anita sempre falar que queria mais de um filho, que desejava ter parto normal e que queria amamentar exclusivamente. Antes mesmo de engravidar ela já pensava em tudo isso e tinha muito certo o que queria e de que maneira seria. No entanto, foi tudo muito diferente do que o desejado e imaginado, muito violento e desrespeitoso. Ela me conta que isso a impactou profundamente, que chorou muito depois do parto, ainda na maternidade, que chora sempre que tenta dar de mamar e que chora quando se lembra de como o nascimento tinha sido. E eu visualizo isso, pois enquanto ela me conta chora bastante e seu olhar é realmente de alguém que sofreu e ainda sofre com todos estes acontecimentos.

Sim. Sempre falei que eu queria, quando eu engravidasse eu queria ter filho de parto normal. Antes de engravidar(...) eu sei que foi necessidade. Mas ao mesmo tempo foi frustrante (...)Eu prefiro mil vezes ter feito cesárea do que ter tentado, insistido e ter acontecido alguma coisa com ela, alguma coisa comigo. Mas eu queria muito ter tido parto normal. (...)Eu acho que mais difícil pro emocional, porque foi uma coisa que me impactou um pouco, eu chorei bastante no início quando queria dar mamá pra ela e ela não pegava. No hospital eu chorava, a segunda vez que eu fui dar mamá pra ela eu chorei.

Sobre os momentos vividos por Anita, confesso que fiquei bastante impressionada com os relatos e com todo descuidado sofrido por ela durante o nascimento de sua filha. Anita foi desrespeitada e descuidada em todos os momentos, sofreu violentamente com a condição de permanecer sozinha e com a dor, talvez mais emocional do que física.

A equipe que a atendeu tratou-a com muito desrespeito e desvalorização, julgando-a por sua escolha pelo parto vaginal, deixando-a com dor e sem acompanhamento, afinal essa era a suposta realidade para quem queria parto normal. Ela teve seu direito legal de ter um acompanhante barganhado para que apresentasse um “bom comportamento”, para que deixasse de ser “escandalosa”.

Ninguém pôde a acompanhar durante o trabalho de parto, pois ela estaria se comportando mal, fazendo “fiasco”. Não havia nenhum profissional com ela na sala de pré-parto e alguém da enfermagem só aparecia para literalmente recolher seu vômito. Anita foi violentada, em seus direitos civis e por meio de seu descuidado. O direito a acompanhante foi levado a uma barganha por um bom comportamento, ou como a própria médica lhe disse: “*Ou você faz o que quero ou ficará sozinha, mas a escolha é sua*”.

Toda essa violência só fez com que Anita implorasse por uma cesariana e sofresse por não ter conseguido o que desejava e muito menos da forma como desejava. Mas escolher verdadeiramente ela não escolheu, afinal o que ela havia escolhido, um parto normal, tranquilo e acompanhado por seu marido não existiu, não foi permitido. Não houve escolha, mas uma demonstração da força do poder biomédico sobre o desejo e os planos que ela havia feito. E, no final, a modulação foi tão bem feita que Anita ainda acredita que teve que escolher pela cesariana, pelo seu bem e pelo bem de sua filha.

No final, Anita sofreu modulações diretas de quem lhe atendeu durante o parto, tendo todos seus desejos desrespeitados e, inclusive, direitos legais deixados de lado. A médica que lhe atendeu, com suas ameaças, agressões e violações de direito veladas, levou ao desfecho da cesariana não desejada por Anita, deixando nela marcas profundas de que nascimento é sofrido demais para se viver novamente. Sua filha nasceu de cesariana, não mamou no seio materno como ela queria, mas está bem, e ela acredita que escolheu por isso e que tudo isso foi necessário e consentido. Mas essa crença não a fez sofrer menos e nem desejar que tudo fosse diferente. Tudo isso só a fez reforçar duas novas crenças: parto normal é sofrimento e ela não quer nunca mais viver nada parecido com isso.

7.2 O parto de Frida ou “que bom que você vai embora!”

Frida, mulher, psicóloga e idealizadora de rodas de mandalas e círculos femininos em Porto Alegre, com 41 anos, grávida do segundo filho, teve a trajetória com maior grau de “desvios da norma”, uma trajetória cercada por momentos de resistência e de fuga, mas que, apesar de tudo isso, não a protegeu de vivenciar momentos de violência e de desrespeito. Ela, com seu pré-natal financiado totalmente com recursos particulares, utilizou os serviços da saúde suplementar de Porto Alegre somente no momento do parto, quando

precisou peregrinar pelas instituições hospitalares em busca do seu parto como havia desejado.

É a sua história que relato a partir de agora, construída com notas de meu diário de campo e falas de entrevistas concedidas por Frida. História que começou alguns dias após o chá de bênçãos, quando recebo uma mensagem pela internet dizendo que a bebê de Frida, no auge das 34 semanas, havia nascido e que elas estavam no hospital. Na foto enviada diz que a bebê se sentiu tão bem acolhida no chá que resolveu nascer logo. Não consigo saber mais detalhes, pois não consigo ligar para ela, só sei, também pela internet, que ela está com dificuldade em amamentar a bebê, talvez pelo seu tamanho e por ser prematura.

Nos próximos dias fica difícil de falar com Frida e sei notícias pela internet e no contato com algumas amigas em comum. Alguns dias depois, quando consigo falar com ela e sei que está em casa marco de ir visita-la. Chego lá e sou recebida por Frida com Clara no colo, uma bonequinha pequenininha e delicada. Logo que sentamos ela já começa a me contar como foi o parto, contando que o nascimento foi totalmente diferente de tudo que tinha planejado e imaginado.

Era madrugada quando as contrações começaram já fortes e em menos de uma hora estavam bem próximas, foi quando a sua bolsa rompeu e ela chamou seu companheiro, pois se deu conta do que realmente estava acontecendo. Ela conta que, apesar do nervosismo, chamou o companheiro com tranquilidade, com medo de assustar ele e pediu que a levasse num hospital para ver o que estaria realmente acontecendo, já que ela ainda estava com apenas 34 semanas.

Resolveram ir no lugar mais próximo, um hospital público, onde aguardaram um tempo sem atendimento nenhum. Como as contrações estavam cada vez mais fortes e mais próximas e o atendimento ainda iria demorar muito, resolveram seguir de carro até o hospital privado mais próximo do local onde estavam, ou seja, do outro lado da cidade. Nessa altura, com as dores intensas ela já estava de quatro apoios no banco de trás do carro e seu marido dirigia nervoso, achando que Clara nasceria ali mesmo.

Ao chegar no hospital foram atendidos pela médica plantonista que, ao examinar e ver que Frida estava com 6 cm de dilatação e bolsa rompida por completo, perguntou quem

era seu obstetra e se queriam que ligasse pra ele, pois Clara realmente iria nascer. Ao dizer quem era seu obstetra a plantonista, reconhecendo-o como um profissional “humanizado”, logo foi dizendo que ali naquele hospital e no plantão dela, Frida não teria o tipo de parto que estava desejando. Ali, querendo a mulher ou não, seriam seguidos todos os protocolos do hospital e feito episiotomia se achassem necessário, então se ela queria outro tipo de cuidado deveria ir embora daquela instituição.

Isso as quatro e meia da madrugada, né. Então a médica tinha olhado, depois eu me dei conta que na minha sacolinha de exames tinha junto um plano de parto e talvez por isso que ela chegou dizendo assim: aqui a gente não faz esses partos alternativos, ela usou essa expressão. Ela disse assim: a gente não vai aceitar doula. Eu disse: bom eu não to com doula, eu to com meu marido, vocês vão aceitar meu marido, eu tenho direito que ele entre comigo. Aí ela assim: é... mas a gente, tu vai ter ocitocina, se precisar episio você vai ter episio. Aí eu disse assim pra ela, tá mas isso não pode ser negociado ao longo do trabalho de parto. Não, tu tem que decidir já agora se tu vai ficar ou não. Se tu ficar vai ter que aceitar o que a gente tem pra te oferecer. Aí ela já sabia quem era o meu médico Então disse pra tentar falar com ele, tenta ir pra outro hospital, vamos ver se tu vai.

Frida, com medo de sair do hospital e parir Clara no carro, resolveu perguntar para a médica que horas terminava o plantão dela, para assim poder ficar e ser atendida por outra pessoa. Como resposta ouviu que independentemente do profissional que estivesse de plantão, naquela instituição Frida não teria o que ela procurava, o atendimento ali seria sempre o mesmo e que se quisesse algo diferente deveria ir embora, decidindo isso o quanto antes, sem muito pensar.

Com toda certeza isso foi o que mais me marcou na história de Frida, quando ao buscar cuidados em um hospital privado ela foi praticamente mandada embora por não aceitarem suas escolhas para o nascimento de sua filha. Não seria respeitada suas decisões e seus planos, seus desejos e suas convicções. Ali, naquela instituição, no ambiente dominado pelo saber biomédico, seus conhecimentos não valiam de nada e não a credenciavam para escolher o que ela queria para o seu parto. E eu fico me perguntando: o corpo é meu, a filha é minha, o parto acontece comigo, mas eu não posso opinar em nada? É isso mesmo?

Sim, era exatamente isso: ou Frida se subjugava aos protocolos institucionais, cheios de intervenções desnecessárias que ela não desejava, ou iria embora para outro lugar, na instituição biomédica não havia espaço para “*esses partos alternativos*”, expressão usada

pela médica que a atendeu. Ali eles iam usar ocitocina, iam fazer episiotomia e ela não poderia negar, não haveria negociação alguma. Se ela desejasse outro atendimento deveria ir embora para o bem de todos.

É... tu quer ficar tu fica, senão tu vai... daí disse tchau pra ti, to indo embora. Aí quando eu tava indo embora ela disse assim: que bom que tu vai embora assim todo mundo vai ficar mais feliz, porque tu vai ter o parto que tu quer e a gente vai poder manter o nosso padrão. Tá bem, então vamos continuar felizes cada um nas suas caixinhas.

Frida conta que se sentiu acuada, contra a parede, pressionada pela médica, então decidiu ligar para seu obstetra e foi embora para o terceiro hospital onde ele estaria esperando por ela com sua equipe. Ao chegarem lá, já muito nervosos, Frida foi avaliada e viram que ela já estava quase parindo Clara. Ela não conseguiu contato com sua doula e seu companheiro foi seu acompanhante, estando sempre presente ao seu lado, auxiliando e apoiando, nas posições e no conforto do corpo. Ele foi bastante participativo e Frida conta que foi tudo tão rápido que nem deu tempo para ele ter medo.

Depois da chegada do médico Frida demorou cerca de apenas meia hora para parir Clara e conta que nesse parto, diferente do de seu primeiro filho, sentiu-se mais selvagem, que gritou mais, imagina se ela estivesse no outro hospital como seria? Após o nascimento Clara foi levada para uma sala de procedimentos e exames, o que deixou a mãe muito preocupada e triste, afinal ela não queria nada daquilo para a sua bebê, mas já que teria que ser assim pediu para o companheiro ficar com ela: *"Fazer o que né? É o sistema!"*. E enquanto conta isso ela se emociona e deixa claro que está vivendo um luto pelo parto que não teve e pelo que teve que enfrentar até chegar ali, tentando ressignificar o que ela e Clara haviam passado durante e após o nascimento.

Meu sentimento de frustração é pela minha expectativa do parto em si e por ela ter passado por todos os procedimentos do hospital, isso pra mim tinha um peso muito grande, por ela ter passado por toda rotina do recém-nascido, banho, colírio, tudo que eu não queria ela passou, então isso pra mim tinha um peso. Eu pedia muita desculpa pra ela, pedia perdão pra ela achando que eu tinha sido a culpada. E aí consegui chegar no estágio que tu se dá conta que não tem culpado, as coisas acontecem como tem que acontecer. E o quanto ela foi valente assim em passar por tudo aquilo, até de uma maneira, eu olhando pra ela assim como sendo uma pessoa que vem pra me ensinar também, que cada um tem a sua própria força

também, que a vivência dela foi diferente, mas que ela veio preparada pra isso.

Clara ficou internada na UTI neonatal devido a prematuridade, fez fototerapia, soroterapia devido aos episódios de hipoglicemia e precisou de cuidados com aleitamento materno para manutenção do peso. Frida conta ter sido muito difícil a amamentação, pois no hospital não incentivavam o aleitamento e as rotinas atrapalharam muito isso, rotinas duras e protocolos impostos sem negociações.

Ela tinha apenas 30 minutos para amamentar Clara, cronometrados no relógio pelas enfermeiras, e que depois disso, se ela não mamasse nesse tempo, invariavelmente era fornecido complemento por mamadeira, mesmo que ela tivesse verbalizado que não autorizava isso. O mesmo aconteceu com a chupeta que ela não queria e não autorizou, mas mesmo assim era fornecido a bebê pelos profissionais, principalmente pela equipe de enfermagem. No hospital ouviu muitos preconceitos em relação ao aleitamento, muitos mitos sendo propagados: tempo de amamentação, tipo de mamilo, quantidade de leite, leite fraco, leite insuficiente, entre outros, todos acabavam por desestimular um pouco, mas ela procurava reagir frente a todos os comentários.

Então parece que tinha que seguir um script. Eu procurava lidar com isso de uma maneira mais neutra, não tava dando muita importância, como teve uma enfermeira que botou o dedo na minha teta e disse: “mas essa tua teta tá muito flácida, tu não vai conseguir amamentar, nem tem leite, porque não tava dura de leite.” Então isso não é nem um pouco acolhedor pra uma mulher que tá com o bebê na CTI, querendo tá em casa com o nenê, tem que tá ali sentada, o dia inteiro, das oito da manhã as dez da noite, ainda ter que ouvir isso, acaba bloqueando mais ainda. Assim, eu tinha que arrumar um escudo e ir lá volta e meia, mas dizia pra Clara: “vamos pra longe daqui né filha, vamos logo pra longe daquele hospital.

Frida e Clara foram para casa cinco dias após o parto. Foram para longe do hospital juntas, mas não sem terem sofrido um pouco com as normas de um sistema biomédico não acolhedor e desumanizado, apesar de ser composto por humanos. Um sistema de descuido que não foi capaz de aceitar o que ela desejava, não foi capaz de respeitar seus planos, excluindo-a de sua assistência, já que ela não seria uma mulher obediente e comportada.

A não aceitação da profissional médica pelo desejo de parto de Frida, impondo um tipo de cuidado protocolado, não respeitando-a e mandando-a embora para que continuasse a fazer seu trabalho conforme as normas, só demonstrou o quanto ela e sua filha não se encaixavam naquele sistema, do qual havia fugido durante toda sua trajetória gestacional. A forma desse mesmo sistema puni-la não foi no parto em si, afinal ela ainda havia conseguido fugir de práticas violentas durante este processo, mas sim no decorrer da internação de sua filha, momento em que foi culpabilizada por suas escolhas e desacreditada em seus saberes.

Apesar de construir caminhos de resistência durante a gestação, Frida foi violentada em suas ideias, concepções e planos no término de sua trajetória (ou seria no começo?). Sua filha não nasceu em casa, devido a imprevisibilidade da prematuridade, não mamou no seu seio exclusivamente como ela queria, já que sua anatomia não era a ideal, e as duas ficaram sob domínio da instituição biomédica muito mais do que ela esperava. No final, Frida acabou sofrendo um tipo de violência muito mais sutil, velada, mas não menos significativa, fazendo com que ela lembrasse do nascimento de sua filha por meio de eventos que preferia esquecer.

7.3 Tramando teias de resistência: os caminhos em busca do parto desejado

As histórias de parto de **Anita e Frida** nos remetem à uma realidade bastante comum vivenciada pelas mulheres nas instituições de atenção à gestação e ao parto no Brasil. Atos médicos impostos, descuido e desrespeito às necessidades de saúde, diálogos violentos e falta de autonomia não são aspectos vivenciados somente no setor público, conforme apontam as pesquisas citadas anteriormente. Tais aspectos coexistem também, com significativa força, nos serviços oferecidos pelo subsetor suplementar, onde, culturalmente, o respeito à autonomia e a garantia de qualidade de cuidado estariam assegurados principalmente devido ao valor de mercado pago pela assistência.

Resolvi trazer aqui estas duas histórias de parto, dentre todas as que acompanhei, pois em suas trajetórias, cerceadas por modulações e pelo poder biomédico, **Anita e Frida** continuamente resistiram, negaram o que estava sendo imposto à elas e buscavam trilhar caminhos de fuga frente ao modelo de atenção que lhes era oferecido. Apesar de todos os

caminhos pelos quais haviam tentado conduzi-las elas ainda buscavam desenhar trajetórias diferentes, criando linhas de tensão, buscando apoio, conhecimento e segurança para além das conduções impostas pelo modelo médico hegemônico.

Possivelmente foram suas resistências que as levaram a vivência de episódios de violência no momento de seus partos, já que haviam marcado suas gestações pelas diversas tentativas de fuga. Tramar teias contrárias às impostas pelo saber-poder vigente foi para **Anita e Frida** como adentrar em um jogo de forças biopolíticas no qual elas se apresentavam frente ao sistema como as participantes com menores chances de vitória e maior exposição de vulnerabilidades. Na medida em que suas vulnerabilidades eram utilizadas, suas forças de resistência eram diminuídas, possibilitando que elas fossem punidas por suas ações através dos episódios de descuido que caracterizaram seus partos como eventos a serem esquecidos.

Mas isso não quer dizer que ambas foram culpadas pelos episódios de violência que viveram, isso seria permanecer no discurso hegemônico e cruel da modulação biomédica e do descompromisso ético com o cuidado. O que deve ser compreendido é justamente o fato de que foi a resistência e o ato de lutar pelo que elas desejavam, o que movimentou suas trajetórias, a ponto de somente serem paradas por meio da violência, por vezes velada e discreta, mas sempre intimidadora e cerceada de interesses. Não foi porque elas se negaram, mas sim porque tiveram a coragem de resistir frente ao saber hegemônico, não assumindo o papel esperado de mulheres obedientes, quietas e subjugadas e, por isso deveriam, pelo menos no final do caminho, serem punidas por suas contra-condutas.

A partir destas constatações pergunto-me como traçar caminhos iguais para sujeitos diferentes, com expectativas e desejos diversos? Como esperar que as mulheres, com suas diversidades e subjetividades construídas por meio da cultura em que se inserem, possam apresentar desempenhos e papéis iguais pelos caminhos do nascimento? E, principalmente, porque punir aquelas que resistem ao desenho prévio destas trajetórias, aquelas que, mesmo pressionadas, decidem fugir por desvios não planejados pela ciência biomédica?

Para Medeiros (2014) cada itinerário em busca do parto desejado se produz na micropolítica do movimento, entre linhas de diferentes naturezas e que atravessam diversos planos de subjetividades, sempre variados, não possuindo coordenadas constantes e,

portanto, tendo um curso não previsível. No entanto, a instituição biomédica apresenta-se, frente a esta realidade, como um território estratificado, com fluxos e procedimentos controlados, objetivando a regulação dos processos fisiológicos dos corpos e gerando uma polarização entre o que a mulher deseja e o que a equipe de saúde pretende, em que o poder de decisão acaba ficando restrito somente aos últimos (MEDEIROS, 2014).

Frente a esta realidade imposta cabe às mulheres resistirem, buscarem caminhos de fuga, os quais possam garantir os partos desejados, protegendo-as das violências impostas por um modelo regulador de seus corpos. O ponto crucial dessa resistência não é a luta contra toda e qualquer tecnologia, mas sim contra a padronização, a rotina de cuidado que não considera as singularidades de cada mulher, que as trata como máquinas reprodutoras a serem reguladas e que não enxerga o processo do parto como uma experiência sexual, social e cultural por excelência (CARNEIRO, 2013).

É preciso resistir, buscar possibilidades de mudança nas práticas tidas como intoleráveis, se opor as ordens e as normas vigentes, instituindo novas formas de ser e de se conduzir (FOUCAULT, 1987). É preciso que a resistência seja forte, inventiva, móvel, produtiva, distribuindo-se estrategicamente e obrigando as relações de poder a mudar, conduzindo a uma experimentação da liberdade, uma busca prática de um outro modo de vida, uma reinvenção de estilos (FOUCAULT, 1995; PROUST, 2000).

Buscar estas possibilidades de mudanças, reinventar as práticas e tramar teias de resistência pelos caminhos da gestação e do parto não foram tarefas fáceis para nenhuma das mulheres que acompanhei. Estas tramas vinham sempre acompanhadas por embates, lutas e cerceamentos tanto do meio cultural do qual faziam parte, quanto das instituições biomédicas que as acompanhavam. Para resistir elas precisavam criar espaços de luta e agenciar possibilidades de transformação em todas as partes (REVEL, 2005).

Ao agenciar espaços de resistência as mulheres atuavam como sujeitos agentes da própria subjetivação utilizando-se de outros modos de condução diferentes da obediência incondicional às normas (CANDIOTTO, 2010). Por meio destas linhas de subjetivação se delineavam novas configurações, novas produções do sujeito mulher-gestante-mãe, linhas de fuga capazes de comportar resistência aos processos de assujeitamento (MARCELLO, 2004).

Anita, ao resistir à uma cesariana planejada, e **Frida**, ao seguir caminhos próprios durante a gestação, lutavam contra saberes que pretendiam tomar para si os seus discursos e desejos, enunciando verdades e controlando suas ações. Estas mulheres, em seus caminhos até o parto, lutaram contra os privilégios de um saber, ofereceram resistência aos efeitos do poder relacionados a técnica, a competência e a qualificação, questionando este regime e recusando a inquisição científica reguladora de suas identidades (GRABOIS, 2011).

Por meio da resistência construiu-se outros caminhos de cuidado a serem seguidos, nos quais os modelos biomédicos não se fizeram presentes, tais como: grupos de discussão, comunidades virtuais e movimentos de mulheres. Nestes novos lugares apreendidos em suas trajetórias, o debate se construía por meio da dominação “das *próprias armas do inimigo*” (BAMPI, 2002) utilizando-se o saber científico como estratégia para a resistência. A proposta de humanizar o seu parto necessitava de outras formas de subjetivação, necessitava de um sujeito-mulher informado e ativo no processo de tomada de decisões (PIMENTEL et al., 2014).

No entanto, posturas como as de **Anita** e de **Frida** não costumam ser aceitas, são consideradas transgressões, atitudes não bem recebidas nos espaços de assistência, onde as equipes de saúde as percebem como uma subversão da hierarquia de atribuições (MEDEIROS, 2014). E do outro lado de suas linhas de fuga elas também encontram as linhas de resistência do modelo hegemônico, as quais se manifestam pela negação do cuidado, insensibilidade frente às suas necessidades, falta de informações, disseminação do medo e da insegurança, resistências que nem sempre elas conseguem superar (SODRÉ et al., 2010).

Foi preciso chegar à instituição hospitalar, em pleno trabalho de parto, munidas de saberes científicos, os quais tornavam suas formas de resistência verídicas e compreensíveis, mas ainda assim não válidas para aqueles que as assistiam. Ambas estavam munidas com as “armas” necessárias adquiridas durante a gestação, mas isso não foi o bastante para garantir que suas tramas de resistência permanecessem sólidas no ambiente dominado exclusivamente pelo saber-poder biomédico.

Não adiantou **Anita** referir suas alergias ou contar que sua bolsa havia rompido. Não adiantou ela verbalizar o desejo por um parto normal. Não adiantou ela exigir seu direito legal de ter um acompanhante de sua escolha. Apesar de tudo isso, em meio as suas lutas,

foram impostas sobre sua vulnerabilidade específica do momento, as resistências do sistema, levando-a ser punida por ser escandalosa, fora de si e despreparada para enfrentar a dor. De maneira violenta **Anita** foi punida com o isolamento e com a dor física e psíquica, até que implorasse pelo aparato biomédico e tecnológico que tanto havia negado. Foram utilizadas sanções sutis para elementos aparentemente indiferentes ao aparelho disciplinar (FOUCAULT, 1987).

Para **Frida**, totalmente indisciplinada, já que seguiu caminhos desviantes das normas instituídas para um pré-natal adequado, foi negada assistência em uma instituição privada, mandando-a embora como um primeiro aviso pelo seu desvio. Ao parir, com o médico desviante e por meio de um parto normal fora dos protocolos, ela foi culpada pela prematuridade e pelos riscos que poderia ter causado a sua filha, mesmo que estes riscos fossem inexistentes. Sua punição foi disciplinar, corretiva, levando-a a expiação e ao arrependimento e ensinando-a que desvios não são bem aceitos (FOUCAULT, 1987).

É bem verdade que o movimento estabelecido por ambas estas mulheres são individuais, subjetivos e únicos, as histórias não são iguais e nem seus caminhos os mesmos. Cada uma construiu suas trajetórias durante a gestação e o parto influenciadas por diversos atores sociais, não apenas pelo modelo médico-hegemônico. Mas o que chamou a atenção em suas vivências de parto foram os discursos totalitários e insensíveis à estas individualidades que ambas compartilharam. Foi imposto a elas uma realidade fabril, onde desvios de produção não seriam aceitos e onde quem demorasse mais ou se negasse mais a produzir conforme as exigências deveria sofrer as sanções correspondentes as suas transgressões.

No atendimento aos seus partos nos serviços da saúde suplementar uma lógica de mercado lhes foi imposta e sabemos o quanto o mercado pode ser violento e insensível no mundo moderno. Na verdade, os partos de **Anita** e de **Frida**, nos possibilitam compreendê-los como uma reprodução das relações vivenciadas no cotidiano dos sujeitos, onde forças econômicas violentas perpassam e conduzem todos os planos móveis, inclusive os de cuidado.

Anita e **Frida**, assim como **Leila**, **Simone** e **Malala**, tramaram teias de resistência, buscaram caminhos diferentes de cuidado durante a gestação, cada uma ao seu modo e na

sua individualidade. E talvez aí esteja a grande amarração que falta para que esta teia resista às violências científicas e econômicas: a coletividade. Enquanto estavam em redes de cuidado, apoiadas por atores sociais imbuídos de força de luta, elas permaneceram firmes em suas resistências, caminhando por entre desvios não aceitos e desenhando o parto desejado. Foi no momento em que as isolaram, seja de forma simbólica como no caso de Frida ou de forma real como para Anita, que as suas forças foram vencidas pela contra resistência dominante.

Se, na saúde suplementar de Porto Alegre, pagar por serviços seguros significa ficar sozinha, ter seus direitos desrespeitados e precisar lutar pelo que se deseja, a rota de fuga ideal seria o retorno aos serviços públicos oferecidos pelo sistema único. Afinal, dentro da própria saúde suplementar não são oferecidas rotas de resistência ou caminhos alternativos, mas apenas punições disciplinares à aquelas mulheres que, mesmo com tudo que lhes é oferecido, desejam audaciosamente construir suas próprias trajetórias.

Decido então finalizar com uma frase de **Leila** que, buscando fugir da violência já conhecida oferecida por seu plano de saúde, foi buscar seu caminho de fuga parindo sua filha em um serviço público, deixando-nos com o seguinte desabafo:

Não me sinto indo para um parto, me sinto indo para uma guerra. E eu jamais pensei no parto da minha filha como uma guerra a ser vencida.
(Leila)

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS PARA UM NOVO COMEÇO

O panorama atual da atenção obstétrica na saúde suplementar brasileira chama atenção mundialmente. A associação entre altas taxas de cesarianas e assistência à saúde no setor privado está bem documentada e ocorre tanto em países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento, mas em nenhum outro país a prevalência deste procedimento é tão alta quanto as encontradas no setor privado de saúde do Brasil (TORRES et al 2014; CESAR et al., 2011). Esta situação tornou urgente a discussão do modelo assistencial predominante neste setor, bem como um debate complexo, que leve em conta não somente os números e os índices, mas também a cultura, as crenças e os valores sociais vividos na população usuária destes serviços, direcionando o olhar para os espaços amplos de vida e de relações que ali se estabelecem.

Foi pensando nessa necessidade que esta tese iniciou, concebida em meio a tantos questionamentos e incomodações percebidos em meu fazer profissional e levando-me a busca de respostas que pudessem, de alguma maneira, auxiliar na remodelação da assistência prestada no subsetor suplementar. Porém, com um olhar ainda carregado pelo modelo científico e biomédico de minha formação, as respostas não viriam, era preciso adentrar outros campos de pesquisa, procurar outras formas de refletir o vivido na gestação e no parto, dando visibilidade a quem experencia estes processos, ou seja, evocando a voz das mulheres, em seus contextos de vida como mulheres-gestantes-mães.

Partindo da compreensão de que as experiências da gestação e do parto não são apenas biológicas, mas sim eventos culturalmente vividos, decidi que deveria aproximar-me de conceitos relacionados à antropologia interpretativa, tendo como base o referencial teórico sobre Cultura de Clifford Geertz (2008). Renunciar ao padrão epidemiológico e clínico ao qual sempre estive ligada em minha formação como enfermeira foi difícil, exigiu-me mais do que eu esperava, mas transformou-se numa grande e contagiante descoberta sobre os diversos caminhos possíveis para a construção do conhecimento científico e de vida.

Somente por meio da etnografia que a apreensão do empírico foi possível, tornando esta pesquisa uma vivência científica e cultural que me modificaram intensamente como sujeito e pesquisadora, traçando as considerações e análises que agora apresento. Realizar uma etnografia propiciou a abertura necessária para compreensão da gestação e do

nascimento como constructos socialmente engendrados e vividos, experienciados em sociedade, abrindo espaço para que, no encontro com as mulheres, pudéssemos construir não apenas uma tese de doutorado, mas uma relação vivida e sentida como real.

Foi pelo fazer etnográfico que consegui olhar com o olhar das mulheres, mergulhando empiricamente no meio dos dilemas existenciais presentes durante meu caminhar, sem medo de tornar-me “menos científica” por isso, mas com a certeza de que este viver me impulsionava para a compreensão da ciência como um fazer no encontro com o outro. Para Ruiz (2013) para ser ciência, ela precisa interagir com o outro, interpretar seus significados e fenômenos também do seu ponto de vista, tomando-o como sujeito das ações e não como objeto de intervenção. E, pelas trajetórias, foram as mulheres que me guiaram, me conduziram, mostrando-me que fazer ciência é ser justamente sujeito dentro deste processo.

Geertz (2008) caminhou ao meu lado durante estas trajetórias, sempre lembrando-me que a cultura é vivida e experienciada nas diversas formas de sociedade. Ela é por si só um acumulado de padrões de comportamentos, não apenas ornamentos da nossa existência, mas uma condição essencial para existirmos, vinculando-nos ao que somos e ao que desejamos ser. Com Geertz (2008) e junto das mulheres que acompanhei tornei-me individual e coletiva, direcionei-me pelo vivido culturalmente, com os significados, criados historicamente e que possibilitaram ordem, objetivo e direção à esta pesquisa e às nossas vidas.

Assim, busquei problematizar o contexto social e cultural da vivência da gestação e do parto das mulheres atendidas por planos ou seguros saúde, compreendendo a gestação e o nascimento como processos inseridos na contemporaneidade. Para isso aproximei-me dos contextos reais de vida, do cotidiano de cada uma delas, observando, ouvindo, acolhendo, analisando, estando próxima e vivendo os caminhos percorridos por elas durante os meses próximos ao parto.

O caminho trilhado para gestar e parir em Porto Alegre, por meio dos serviços assistenciais do subsetor suplementar de saúde, é quase sempre muito semelhante, como que desenhado previamente pelos próprios serviços, sem a singularidade que deveria

caracterizar a vivência da gestação e dos nascimentos. Dependendo de seu local de moradia, sua estabilidade econômica e até mesmo de seu seguro saúde pode-se dizer, com a precisão característica dos modelos tecnicistas de cuidado, como esta mulher irá caminhar até o parto e como ela vivenciará o nascimento de seu filho.

As trajetórias assistenciais, em sua maioria, foram desenhadas pelas concepções medicalizantes da gestação, dando origem a caminhos que as conduziam por entre consultórios privados, clínicas de ultrassonografia e instituições hospitalares, sempre caracterizadas principalmente pela qualidade de sua hotelaria e não pela qualidade assistencial. Com apenas uma trajetória diferenciada, experienciada em saberes e culturas muito pessoais e subjetivos da mulher, pôde-se compreender um pouco das forças de resistência e dos caminhos de fuga das mulheres, os quais, entretanto, não garantem que a força medicalizada do sistema as apreenda em alguma momento deste percurso.

No entanto, consigo compreender que a cultura vivenciada pela mulher no sistema medicalizado e mercantil da saúde suplementar, não está presente apenas nos ambientes formais de assistência, mas encontra-se enraizado nas redes sociais que as cercam, as quais supervalorizam o saber biomédico e fortalecem a ideia de que existe uma incompetência feminina para viver estes processos como eventos biológicos. Na família ela encontra exercícios de maternidades inspiradoras e partos que as estimulam (ou não) a seguirem na construção dos seus sujeitos como boas ou más mães, legitimando enunciados de maternidade muitas vezes difíceis de serem vivenciados.

Há uma percepção de que todo mundo costuma ser mais gentil com a gestante, tratando-a com cuidado, carinho e certa delicadeza, tanto no trabalho, quanto nos encontros com amigos e colegas, aspecto que, na verdade, pode mascarar a construção cultural de que a mulher gestante seria mais frágil, precisando de tutela e observação. Nas redes sociais virtuais elas compartilham experiências e encontram, mesmo que distante geograficamente, o apoio que precisam para trilharem seus próprios caminhos, enquanto que a mídia, presente na sala de suas casas, as desencoraja diariamente a seguir em frente de forma autônoma e confiante.

É na rede social próxima, família, amigos e também a mídia, que os discursos da gestação tutelada, do cuidado à mulher gestante, da dependência feminina e da incompetência para parir circulam abertamente, embasando a cultura da patologização da gravidez e levando ao percurso medicalizado mencionado anteriormente.

Durante a gestação fica evidente a dificuldade que as mulheres vivenciam para encontrar, no subsetor suplementar, profissionais que as acompanhem em seus desejos sobre o parto, obstetras que verdadeiramente “façam obstetrícia”. Elas peregrinam durante o pré-natal por vários consultórios até encontrarem alguém que respeite a maior parte de seus saberes e opiniões, no entanto esse encontro não garante seu exercício autônomo durante a gestação. Mas para que este exercício de autonomia, já que a gestante não deve preocupar-se com o parto, isso não é assunto para os “*experts*”?

Permanece firme e forte, em meio a modernidade em que vivemos, os lugares específicos em que as mulheres devem estar e a sala de parto, com suas tantas exigências e saberes científicos, continua não sendo um espaço a ser ocupado por elas. Cabe às mulheres seguirem as tradições, preocupando-se com a decoração do quarto, o enxoval do bebê, a organização do chás de fraldas e as crenças sobre o nascimento, eventos importantes no processo de gestação e parto, compreendidos no complexo emaranhado de modulações que as envolvem, mas que, no fundo, continuam reforçando ideais de submissão e incompetência feminina.

Nenhum momento é mais modulador das escolhas do que os vividos dias antes do nascimento, em meio às consultas semanais com o obstetra e visitas ao hospital para avaliações ameaçadoras. São nesses momentos de encontro entre mulheres e obstetras que o discurso do medo e do risco imperam, escondendo a realidade mercantil da saúde suplementar, onde parir fisiologicamente não garante ganho financeiro, não é prático e por isso não é viável.

Claramente os profissionais utilizavam de sua legitimação científica e “diplomada” para instituir o medo entre as mulheres, retirando-as qualquer autonomia ou coragem para seguir em frente e, a partir de então, conduzindo os caminhos aos quais elas deverão caminhar. Na saúde suplementar de Porto Alegre, os partos não são das mulheres e sim dos

obstetras, os quais instituem horários e dias que evitariam o risco, condicionando esta suposta prevenção aos lugares ainda vagos em suas agendas, as quais estão sempre abertas nas mesas dos consultórios.

Para fugir desta realidade é preciso contar com a sorte e com a imprevisibilidade, é preciso pegar um “bom plantão”, é necessário “chegar ganhando”, pois assim não teriam como impedir o processo de nascimento. No universo da saúde suplementar tempo é dinheiro e saber é poder, ditados que transformam significativamente os consultórios e as instituições de saúde em espaços privilegiados não do cuidado e da autonomia feminina, mas do medo e da praticidade, os quais juntos acabam por modular os saberes e os desejos expressados durante toda a gravidez, conduzindo as mulheres pelos caminhos até uma cesariana, na maioria das vezes desnecessária.

Após o nascimento elas voltam para casa, destituídas de sua competência para parir, ambivalentes em seus sentimentos e vulneráveis às diversas opiniões, embates e invasões tão características do puerpério. Queriam estar sozinhas, mas desejavam ajuda; esperavam as visitas, mas cansavam-se de serem julgadas em seus cuidados. Cercadas pelas tradições do *resguardo* e pelas crenças sobre o aleitamento materno, construía enunciados próprios de maternidade, sempre social e culturalmente vividos.

É preciso chamar a atenção para um aspecto levantado nesta pesquisa e pouco debatido pelos gestores dos planos de saúde no subsetor suplementar: a evidência de violência obstétrica nos serviços e instituições conveniadas. Não era objetivo inicial deste trabalho discutir e analisar estes processos, mas eles representaram uma parcela tão forte dos momentos vividos pelas mulheres que tornou-se impossível não analisá-los em sua complexidade.

Afinal, muito se fala e se debate sobre a violência nos serviços públicos, utilizando-se o discurso da qualidade do cuidado e do respeito à autonomia das mulheres sobre suas decisões na saúde suplementar, visto este setor funcionar sobre os padrões do livre comércio, devendo respeito ao seu “consumidor”. No entanto, o que presenciei, ouvi e acompanhei foram momentos de desrespeito, destituição de autonomia e maus-tratos

durante o parto ou cesariana, ferindo não apenas os direitos civis das mulheres, mas também os direitos humanos como um todo.

Para a OMS os abusos, maus tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, conforme descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente (WHO, 2014). Em Porto Alegre gestar na saúde suplementar definitivamente não é sinônimo de qualidade de cuidado. Acredito que não é apenas o enunciado do respeito ao consumidor que irá garantir que as mulheres atendidas não vivenciem trajetórias de violência, mas sim uma mudança ideológica do modelo assistencial, uma mudança dos sentidos do cuidado e, principalmente, uma transformação nas relações entre humanos e humanos.

É urgente que a preocupação com este setor vá além das taxas de cesariana apresentadas, encaminhando-se para a qualificação com que a assistência está sendo oferecida às mulheres, as quais estão sendo visivelmente moduladas pela venda de hotelarias de luxo, pela suposta praticidade sem risco de um nascimento agendado e pela medicalização da gestação. Enquanto compram por quartos individuais, datas de nascimento e tecnologia avançada, elas continuam, apesar da difusão de informações e dos movimentos sociais envolvidos com estas questões, acreditando que estão fazendo o melhor para seus filhos, destituindo-se de suas potencialidades e garantindo um nascimento livre de riscos, seguro e controlado, supostamente atendido pelo “*expert*” no assunto.

Por outro lado, é preciso destacar que a ANS vêm trabalhando em diversas frentes para o estímulo ao parto normal no subsetor suplementar, buscando uma resolução complexa para um problema também complexo e objetivando uma mudança cultural no modelo de cuidado dentro dos hospitais privados e conveniados ao setor (OLIVEIRA, 2015; TORRES, 2015). Essa mudança efetivamente iniciou em outubro de 2014 quando, junto com o MS, a ANS anunciou medidas para redução das cesarianas desnecessárias, instituindo um projeto piloto com o Hospital Albert Einstein e, em janeiro de 2015, publicou a Resolução Normativa nº 368, trazendo medidas que garantem o acesso de beneficiárias de planos de saúde aos percentuais de cirurgias cesáreas e a utilização do partograma e do cartão da gestante pelos obstetras (BRASIL, 2015).

Essas iniciativas correspondem ao projeto “Parto Adequado”, lançado este ano com o objetivo de mudar o modelo de atenção ao parto, promovendo o nascimento por via normal, qualificando os serviços de assistência e favorecendo a redução de cesáreas desnecessárias e eventos adversos decorrentes de um parto não adequado. Com isso buscase a redução dos riscos, a melhora da segurança do paciente e a experiência saudável de cuidado de mulheres e bebês (ANS, 2015), mudanças que podem qualificar efetivamente o setor e garantir maior respeito à autonomia e as escolhas informadas das mulheres.

Com estas considerações, caminho para o fechamento deste texto, tecendo apontamentos sobre os possíveis limites deste estudo. Um deles talvez seja que, ao buscar compreender a construção de uma incompetência feminina para gestar e parir por meio da análise das trajetórias assistências das mulheres, procurei ouvir e acolher a voz delas, considerando seus contextos de vida e as culturas vividas, não apreendendo os contextos assistenciais no subsetor suplementar de saúde, o que poderia ter enriquecido ainda mais este trabalho.

Não ouvi os profissionais que as atenderam, acompanhei e foquei minhas observações nas mulheres e nas suas reações ao que ouviam deles, cumprindo ao objetivo proposto, mas deixando em aberto um lado da questão ainda importante de ser apreendido. Com isso, assumo como uma limitação o fato de não ter dado conta de apreender toda complexidade do processo de gestar e parir na saúde suplementar, ainda cercado de movimentos constantes e diversos, nunca dissociados das respostas dos diferentes sujeitos sociais envolvidos.

Além disso, sou uma mulher, pesquisadora e ativista do campo da humanização do parto e nascimento em Porto Alegre, interessada iniciante nas discussões sobre gênero e sociedade, bem como nos estudos feministas, o que, de alguma maneira pode ter influenciado nas minhas escolhas teóricas para o debate. No entanto, considero que nas ciências sociais, assim como na ciência da vida, não se é totalmente neutro, amorfo ou descontextualizado, os conhecimentos são construídos a partir de caminhos trilhados pessoal e subjetivamente, podendo minhas reflexões e considerações terem sido diferentes se fossem apresentadas por outro pesquisador.

Por fim, sinalizo para algumas reflexões que surgiram no transcorrer do meu caminhar e que me despertaram o desejo e a vontade de continuar trilhando novas trajetórias pela saúde da mulher e a saúde suplementar de Porto Alegre. Chamo a atenção para a necessidade de ir ao encontro dos profissionais trabalhadores da saúde suplementar, ouvi-los e participar de maneira profunda de suas práticas cotidianas, bem como para a urgência em acompanhar as novas determinações da ANS a partir do projeto “Parto Adequado”, haja visto que Porto Alegre apresentou-se como uma capital contemplada por esta iniciativa piloto. É preciso incluir nas pesquisas e estudos destas temáticas os componentes culturais e não apenas biológicos do cuidado, importantes moduladores dos resultados esperados das pesquisas científicas e quase sempre renegados em prol do culto a epidemiologia e a estatística.

Acredito ser de extrema importância refletirmos sobre os sujeitos atuantes no cuidado às mulheres nos cenários de nascimento do Brasil, em especial no contexto da Saúde Suplementar. Na atenção obstétrica o que vemos é a centralização da assistência na figura do profissional médico, atuando este como a única possibilidade de oferta de cuidado às mulheres, deixando de lado outros profissionais comprovadamente benéficos para a construção de um novo modelo de atenção.

A formação médica atual, conservadora e centrada em aparelhos e sistemas orgânicos, ainda privilegiando a intervenção e as tecnologias altamente especializadas, não me parece permitir ou possibilitar uma real modificação nas práticas de cuidado, levando-me a compreensão de que evidentemente não será por meio da atuação única deste profissional que as mudanças ocorrerão na assistência ao parto e nascimento. Justamente, parece ser a presença contínua do médico o principal fator que impede que esta mudança seja possível.

Partindo desta constatação, Rattner (2009) aponta para novos modelos de atenção em obstetrícia, os quais privilegiam o respeito a fisiologia e à dignidade da mulher e sua família, valorizando a atuação de enfermeiras obstetras e parteiras, a exemplo da Inglaterra, Japão, Holanda, França e Alemanha, os quais conseguiram qualificar o cuidado mantendo baixos os indicadores de morbimortalidade materna e neonatal bem como o índice de cesarianas e de episiotomia. Trata-se da obstetrícia baseada em evidências, movimento que vem ganhando força em diferentes países do mundo, a qual demonstra a importância de

incluir nos cenários de assistência ao nascimento outros profissionais além dos médicos, tais como Enfermeiras Obstetras, parteiras tradicionais e doulas capacitadas para o acompanhamento e cuidado (BRASIL, 2014; PATAH; MALIK, 2011; NASCIMENTO et al., 2010; NARCHI; SILVA; GUALDA, 2012; DI MARIO, 2005; FURLLERTON; THOMPSON, 2005; LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002).

No entanto, é necessário deixar claro que a formação destes profissionais, em especial das Enfermeiras Obstetras, precisa partir de uma ótica não medicalizada e intervencionista, oportunizando novos olhares para o cuidado à mulher e suas famílias, os quais qualifiquem a assistência de forma segura e humanizada. É preciso que os currículos formadores em Enfermagem Obstétrica deixem de enfatizar apenas o biológico, o patológico e as questões de risco, tal qual atualmente vêm valorizando, abrindo espaços para as temáticas envolvendo a cultura da gestação, a participação familiar e social durante o pré-natal e o parto, a relevância da educação em saúde e do compartilhamento de informações, principalmente promovendo espaços de encontro, escuta e diálogo direto com as mulheres, tornando-as parte importante da própria formação destas profissionais. Afinal se o que defendemos é uma mudança do modelo de atenção a qual possibilite a participação e o envolvimento das mulheres durante todo o processo porque não inclui-las na formação profissional? Com quem mais poderíamos aprender como lidar com a gestação e o parto do que com as próprias mulheres?

Para que possamos ressignificar o parto e todo o contexto social e cultural que o cria e recria a todo momento, é necessário que este encontro se inicie desde o pré-natal, partindo-se de um cuidado que não siga apenas protocolos assistências padronizados, mas que oportunize uma vivência gestacional para além das ultrassonografias e consultas de verificação de peso e pressão arterial. Ressignificar o pré-natal é oportunizar momentos de debate, vínculo, acolhimento das tensões e ansiedades. É privilegiar o contexto em que a mulher se encontra, incluir a família integralmente, entender as tradições e histórias que os constroem como sujeitos e possibilitar encontros entre mulheres e mulheres, as quais vivenciam este momento individualmente, mas ao mesmo tempo de forma coletiva e sociocultural.

Para isso devemos justamente começar a olhar para o modelo biomédico de atenção como um sistema cultural 'per se', onde princípios, valores, imaginários e crenças definem as

condutas que se esperam de seus membros e tendem a legitimar a sua própria cultura. Compreendendo o modelo de cuidado dessa maneira, parte-se para um cuidado na e da cultura, respeitando as diversidades e o pluralismo terapêutico, partindo do movimento existente nos encontros, nos diálogos, nas trocas, valorizando a totalidade de sentidos e colocando finalmente a prova as práticas hegemônicas. Cuidar na cultura e dela mesma é olhar para os sujeitos, e nesse caso para as mulheres-gestantes, em seus cotidianos vividos, dando visibilidade às ações sociais experienciadas e resignificando as ações no campo da saúde (GERHARDT; RUIZ, 2014).

Pensando em um novo começo, gostaria de finalizar afirmando que, por mais incompetentes que as mulheres possam enxergar-se, por mais que a cultura do nascimento ainda esteja envolta pela patologização e medicalização da vida e para além das taxas de intervenções presentes na assistência tecnocrática e mercantil da saúde suplementar, ainda há espaços e rotas de fuga possíveis, bem como trajetórias a serem construídas de forma independentes e autônomas. Não existe um ponto final para as trajetórias do nascer, nem para as mobilizações e lutas pela humanização da assistência, há sempre recomeços, novas concepções, gestações e partos, assim como puerpérios ambivalentes e transformadores. Assim, o fim é um começo, um círculo que nunca se encerra, um movimento constante pelo caminho da redescoberta de que nós mulheres somos realmente biológica e culturalmente capazes de conceber, gestar e parir.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. **Transição para a parentalidade**: estudo comparativo entre mulheres e homens primíparos. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, 2009.
- ACOSTA, D. F. et al. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1327-1333, dez. 2012.
- AFONSECA, S.; MARTINS, A.; PIRES, V. Influência da personalidade do pai na participação da prestação de cuidados ao bebê. **Psicólogo inFormação**, São Paulo, v. 15, n. 15, p. 15-38, jan./dez. 2011.
- AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. 204 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- AGUIAR, J. M.; D’OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-91, jan./mar. 2011.
- ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008.
- ALBUQUERQUE, R. A. et al. Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 677-686, 2011.
- ALCÂNTARA, L. R. Idosos rurais: fatores que influenciam trajetórias e acesso a serviços de saúde no município de Santana da Boa Vista, RS. 2009. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- ALMEIDA S. et al. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2909-2918, 2008.
- ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.
- ALMEIDA, H. B. Consumidoras e heroínas: gênero na telenovela. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 177-192, jan./abr. 2007.
- ALMEIDA, J. A. G. de; GOMES, R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 71-76, jul. 1998.

ALMEIDA, J. A. G. de; NOVIK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria (Rio de J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 5 supl., p. S119-S125, nov. 2004.

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência da doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999. p. 171-185.

ANDRADE, M.V. et al. **Estrutura de mercado do setor de saúde suplementar no Brasil**: texto para discussão nº 400. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2010.

ANDRADE, R.M.B. **O fascínio de Sherazade. Os usos sociais da telenovela**. São Paulo: Annablume, 2003.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

APPLE, R. D. **Perfect motherhood**: science and childrearing in America. New Brunswick: Rutgers University Press, 2006.

AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S8-S10, 2014.

ARAGÃO, R. De mãe para filha: a transmissão da maternidade. In: MELGAÇO, R. **A ética na atenção ao bebê**: psicanálise, saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. Cap. 10.

ARAÚJO, A. A.; BRITO, A. M.; NOVAES, M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 117-124, 2008.

ARAÚJO, L. F. S. A.; BELLATO, R.; HILLER, M. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: algumas experiências. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. N. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ, 2009.

ARAÚJO, M. N. et al. Corpo e sexualidade na gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 552-558, jun. 2012.

ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. de. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 4, p. 431-438, jul./ago. 2007.

ARTAUD, A. **Van Gogh**: o suicídio da sociedade. Rio de Janeiro: José Olímpio, 2004.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 117-120, fev. 2000.

- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 43-62, 2007.
- AZEVEDO, K.R.; ARRAIS, A.R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.19, n. 2, p. 269-276, 2006.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BAGRICHEVSKY, M., CASTIEL, L.D., VASCONCELLOS-SILVA, P.R., ESTEVÃO, A. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15(Supl.1), p. 1699-1708.
- BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1385-1397, 2008.
- BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.
- BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.
- BAHIA, L.; VIANA, A. Breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- BALANCHO, L. F. **Ser pai, hoje**. Lisboa: Editorial Presença, 2003.
- BALANDIER, G. **Antropológicas**. São Paulo, Cultrix, 1976.
- BAMPI, L. Governo, subjetivação e resistência em Foucault. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 127-150, jan-jun. 2002.
- BAPTISTA, T. W. de F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 615-626, 2007.
- BARCELLOS, L. G.; SOUZA, A. O. R.; MACHADO, C. A. F. Cesariana: uma visão bioética. **Revista Bioética**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 497-510, 2009.
- BAREMBLITT, G. **Introdução à esquizoanálise**. 3. ed. Belo Horizonte: FGB/IFG, 2010.
- BARRETO, M. O. **O parto na maternidade vinculada: um direito ainda não alcançado na região nordeste**. 2013. 66 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

BASTIANI, G. **A Saúde feminina na mídia**. 2013. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

BAUMAN, Z. **Medo líquido**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

BAUMAN, Z. **Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

BAUMAN, Z. **A cultura no mundo líquido moderno**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2013. 111p.

BEAUVOIR, S. **Le deuxième sexe**. Paris: Gallimard, 1949. v. 2.

BEBIANO, M. **Brasil registra aumento no número de cesáreas**. 2011. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3349/162/brasil-registra-aumento-no-numero-de-cesareas.html>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

BÉHAGUE, D. P.; VICTORA, C. G; BARROS, F. C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? a population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. **British Medical Journal**, London, v. 324, no. 7343, p. 942-945, Apr. 2002.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. I. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudo das práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ: Abrasco, 2008. p. 167-185.

BELLATO, R. et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. N. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ, 2009. p. 203-214.

BENUTE, G. R. G. et al. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. 281-285, jan./jun. 2013.

BERGAMASCHI, S. F. F., PRAÇA, N. S. Vivência da puérpera-adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 454-460, set. 2008.

BERGER, J.; MILKMAN, K. L. What makes online content viral? **Journal of Marketing Research**, Chicago, v. 49, no. 2, p. 192-205, Apr. 2012. Disponível em: <<http://journals.ama.org/doi/abs/10.1509/jmr.10.0353>>. Acesso em: 2 mar. 2015.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L.. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-421, maio-jun. 2006.

BONET, O. et al. Situação-centrada, rede e itinerário terapêutico: o trabalho dos mediadores. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. N. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ, 2009.

BRANDÃO, E.R.; HEILBORN, M.L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camada média do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p. 1421-1430, 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Programa de qualificação da saúde suplementar**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf>. Acesso em: 10 out. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Projeto de Intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal**. 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_intervencao_melhorar_obstetrica_suplementar.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Projeto parto adequado**. [Rio de Janeiro], 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/prestadores/projeto-parto-adequado>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN Nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jan. 2015, Seção 1, p. 38.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990, Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei 9.656 de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre planos e seguros privados de saúde. Brasília, DF, 04 jun. 1998, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a lei 8080/90, para garantir as mulheres o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 abr. 2005a, Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito das gestantes ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** Brasília, DF, 28 dez. 2007, p. 2.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. **Portaria nº 3.136, de 24 de dezembro de 2008**. Define o repasse de incentivo financeiro aos hospitais maternidade de referência do Sistema Único de Saúde, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento, Brasília, DF, 24 dez. 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC - 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jun. 2008a. Seção 1, p. 50-53.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde capacita profissionais para atender mães e bebês**. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10229>. Acesso em: 10 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o programa trabalhando com parteiras tradicionais e experiências exemplares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha, **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil** Brasília, DF, 5 out. 2011, Seção 1, p. 58.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha: estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil**. 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a_250311.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2013. 2012a.

BRASIL. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.

BRITO, D. C.; BARP, W. J. Ambivalência e medo: faces dos riscos na modernidade. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 10, n. 20, p. 20-47, jul./dez. 2008.

BUENO, A.; LESSI, I.L.; DAMASCENO, D.C. Influência do ciclo lunar no parto: mito ou constatação científica?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 477-779, 2010.

BUSANELLO, J. et al. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 5, n. 64, p. 824-32, 2011.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CABRAL, F. B.; OLIVEIRA, D. L. L. C. de. Vulnerabilidade de puérperas na visão de equipes de saúde da família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 368-375, jun. 2010.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Parteiras tradicionais: mães da pátria**. Audiência Pública. Brasília: CODEP, 2008.

CAMARGO JUNIOR, K. R. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

CANDIOTTO, C. **Foucault e a crítica da verdade**. Belo Horizonte: Autêntica; Curitiba: Champagnat, 2010.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2012.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

CARLOS, A. F. A. **O lugar no/do mundo**. São Paulo: FFLCH, 2007.

CARNEIRO, R. Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto: experiências e percepções dissidentes de saúde e de bem-estar na contemporaneidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2369-2378, ago. 2013.

- CARNEL, E. F.; ZANOLLI, M. L.; MORCILLO, A. M. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em campinas (SP). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 34-40, jan. 2007.
- CARON, O. A. F.; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 485-492, jul./ago. 2002.
- CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI, L. JR. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, M.; SOARES, D. A., CORDONI, L. JR. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 27-59.
- CARVALHO, E. B.; CECÍLIO, L. C. de O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2167-2177, 2007.
- CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CASTIEL, L. D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 237-264, jul./out. 1996.
- CASTIEL, L. D. Insegurança, ética e comunicação em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 161-167, abr. 2003.
- CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R. A saúde persecutória: à espera dos riscômetros portáteis. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 145-163, jan./abr. 2007.
- CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Internet e o autocuidado: como juntar os trapinhos? **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 291-314, ago. 2002.
- CASTRO, M. E.; MOURA, M. A. V.; SILVA, L. M. S. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Revista Rene**, Fortaleza, v.11, n. esp., p. 72-81, 2010.
- CASTRO, M. H. L. **A relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: repensando o papel do estado**. 2006. 212 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- CESAR, J. A. et al. Público versus privado: avaliando a assistência a gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 3, p. 257-263, jul./set. 2011.
- CHAMMÉ, S. J. Intervenção sanitária na saúde e doença: o avanço das discussões. In: CANESQUI, A. M. **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2000.
- CHARPENTIER, A.; DAVID, C. **Large-scale significance testing of the full moon effect on deliveries**, [S.l. : s.n.] 2009. Disponível em: <<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00482743/document>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

CHAVES, R. L. O nascimento como experiência radical de mudança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S14-S16, 2014.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Partos cesáreos e a escolha da data de nascimento no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 2413-2420, jan. 2013.

CHOR, D. et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 887-896, jul./ago. 2001.

CLARKE, A. J. Maternidade e materialidade: ser mãe na cultura do consumo. In: TAYLOR, J. S.; LAYNE, L. L.; WOZNIAC, D. F. **Consumir maternidade**. New Brunswick: Rutgers University Press, 2004.

COLLIÉRE, M. F. **Promouvoir la vie**: de la proatique dès femmes soignantes aux soins infirmiers. Paris: Intereditions, 1982.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE. **Saúde suplementar**. Brasília: CONASS, 2007.

CONNIL, E.M. et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, 2008.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Rede Cegonha**. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cursos/Rede-Materno-Infantil-06-03.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

CORDOVA, F. P. **Do pré-natal ao parto**: estudo das trajetórias terapêuticas percorridas por um grupo de mulheres usuárias do subsetor suplementar de assistência à saúde. 2008. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

CORRÊIA, C. H. W. Comunidades virtuais gerando identidades na sociedade em rede. **Ciber Legenda**, Niterói, n. 13, [14 f.] 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/ciberlegenda/ojs/index.php/revista/article/view/226>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

COSTA, A. L. R. C. et al. O percurso na construção dos itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidador. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H.N. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ, 2009.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 13-24, 2007.

COSTA, A. N.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005.

COSTA, M.V.; SILVEIRA, R.H.; SOMMER, L.H. Estudos culturais, educação e pedagogia. **Revista Brasileira de educação**, Rio de Janeiro, n.23, p. 36-61, 2006.

COSTA, R. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 235-248, mar./ago. 2005.

COSTA, T. et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 363-380, jul./dez. 2006.

CROUCH, M.; MANDERSON, L. **New motherhood**: cultural and personal transitions in the 1980s. Langhorne, PA: Gordon & Breach Science Publishers, 1993.

CUNHA, S. F. et al. Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 441-447, jul./set. 2010.

CUTINO, B. S. et al. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia em la vida de la adolescente. **Medisan**, Santiago de Cuba, v. 10, n. 3, 2006.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, C.S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, London, v. 359, no. 9318, p. 1681-1685, 2002.

D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades no Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 645-654, 2005.

DALMOLIM, B. M.; VASCONCELLOS, M. P. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.1, p. 49-54, 2008.

DALMOLIN, B. M.; LOPES, S. M. B.; VASCONCELLOS, M. P. C. A construção metodológica do campo: etnografia, criatividade e sensibilidade na investigação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 19-34, 2002.

DAMATTA, R. Individualidade e liminaridade: considerações sobre os ritos de passagem e a modernidade. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 7-29, abr. 2000.

DANTAS, J.B. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 21, n. 3, p. 563-580, 2009.

DATASUS. **Painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal**. 2013. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>>. Acesso em: 20 fev. 2013a.

DATASUS. **Painel de monitoramento da mortalidade materna**. 2013. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 615-626, 2005.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, set./dez. 2000.

DIAS, M. A. B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, set./out. 2008.

DIAS, M. A. B. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, 2006.

DI MARIO, S. et al. **What is effectiveness of antenatal care?** (Supplement). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2015.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. 254 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. O ‘corte por cima’ e o ‘corte por baixo’: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

DINIZ, S. G. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver comisso. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 217-220, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014.

DORIA, C. A. Flexionando o gênero: a subsunção do feminino no discurso moderno sobre o trabalho culinário. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 39, p. 251-271, 2012.

DUARTE GOMEZ, M. B. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? reflexiones conceptuales. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 635-643, 2003.

DUARTE, G. et al. Tendência das formas de resolução da gravidez e sua influência sobre as taxas de mortalidade perinatal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 379-384, 2004.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, 2002.

DUNKEL-SCHETTER, C., SAGRESTANO, L.M., FELDMAN, P., KILLINGSWORTH, C. Social support and pregnancy. In: Pierce GR, Sarason BR, Sarason IG. **Handbook of social support and the family**. New York: Plenum Press; 1996. p. 375-412.

DURO, C. L. M. Concepções de maternidade e de cuidado infantil de mães e profissionais de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 398-407, set. 2006.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 171-178, mar. 2006.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesareana. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 226-232, abr. 2006.

FAÚNDES, A.; CECCATI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, abr./jun. 1991.

FEITOSA, W.; BOTELHO, D. Influência da excitação emocional e da utilidade do conteúdo no compartilhamento de informações entre consumidores online. **Organizações em Contexto**, Sao Bernardo do Campo, v. 10, n. 20, p. 243-265, jul./dez. 2014.

FELITTI, K. Parirás sindolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, p.113-129, dez. 2011.

FERRARI, J. Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, supl. 2, p. S409-S417, dez. 2010.

FERREIRA, J.; SANTO, W. E. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 179-198, 2012.

FIGUEIRA, P.L.; CALIMAN, L.V. Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, vol. 26, n.2, p. 17-32, 2014.

- FIGUEIRÊDO, N. M. A. et al. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto: uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 905-912, nov./dez. 2004.
- FIGUEIREDO, N. S. V. et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **Hu Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, 2010.
- FLEISCHER, S. Então, minha filha, vamos se afomentar? Puxação, parteiras e reprodução em Melgaço, Pará. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 889-898, 2008.
- FLORES, F. J. **Diccionario de supersticiones y creencias populares**. Madrid: Alianza, 2000.
- FOGLIA, S. **Descubrir la luna**. Madrid: Mondibérica, 1986.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.
- FORNA, A. **Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.
- FOUCAUL, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução: Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica)**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249.
- FRAGOSO, S.; REBS, R. R.; BARTH, D. L. Territorialidades virtuais: identidade, posse e pertencimento em ambientes multiusuario online. **Matrizes**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 211-225, jul./dez. 2011.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, 2008.
- FRANCO, T. B.; RIBEIRO, C. D. M. Reestruturação produtiva da saúde suplementar no Brasil: programas de promoção e prevenção. In: RIBEIRO, C. D. M. et al. (Org.). **Saúde suplementar, biopolítica e promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.
- FRANCO, T. B. et al. Reestruturação produtiva da saúde suplementar no Brasil: programas de promoção e prevenção. In: CONGRESSO [DA ASSOCIAÇÃO LATINA PARA A ANÁLISE DOS SISTEMAS DE SAÚDE], 21., México, 2010. **Actas Calass 2010**. Barcelona: ALASS, 2010.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

FREITAS, P. F. et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 761-767, out. 2005.

FREITAS, R. M de et al. Estudo dos modelos assistenciais praticados por operadoras de planos privados de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1561-1577, 2011.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação mundial da infância 2011**. Disponível em: <<http://www.unicef.org/sowc2011/fullreport.php>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

FURLLERTON, J.T.; THOMPSON, J.B. Examining the evidence for the International Confederation of Midwives' essential competencies for midwifery practice. **Midwifery**, London, v. 21, n. 1, p. 2-13, 2005.

GAMA, S. G. N. et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S117-S127, 2014.

GARCIA-JORDÁ, D.; DÍAZ-BERNAL, Z.; ÁLAMO, M. A. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1893-1902, 2012.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GEERTZ, C. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

GELIS, J. **História de parto: Fertilidade, gravidez e nascimento**. Boston, MA: Northeastern University Press, 1991.

GENNEP, A. V. **Os ritos de passagem**. Petrópolis: Vozes, 1978.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos e suas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: Abrasco, 2009.

GERHARDT, T. E.; RUIZ, E. N. F. Itinerários terapêuticos: dispositivo revelador da cultura do cuidado e do cuidado na e da cultura. In: **CULTURA do cuidado e o cuidado na cultura: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no Mercosul**, 2014. No prelo.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GERHARDT, T. E.; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D. L. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da atenção básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. I. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudo das práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ: Abrasco, 2008.

GERHARDT, T. Atores, redes sociais e mediação na saúde, laços e nós em um cotidiano rural. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011. p. 253- 270.

GERSCHMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1441-1451, 2008.

GHIANDONI, G. et al. Does lunar position influence the time of delivery? a statistical analysis. **European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology**, Amsterdam, v. 77, no. 1, p. 47-50, mar. 1998.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

GOLDENBERG, M. Afinal, o que quer a mulher brasileira? **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 47-64, 2011.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 61-72, jan./mar. 2008.

GOMES, K. **Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade de baixo risco obstétrico, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2011. 142 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

GONÇALVES, I. S. et al. Impacto de estratégias com vista à redução da proporção de cesarianas. **Acta Obstetrica e Ginecologica Portuguesa**, Coimbra, v. 8, n. 1, p. 29-35, 2014.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M. A. B. Transformar-se enquanto mulher: um estudo de caso sobre a vivência do período pós-parto. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 18-27, 2001.

GRABOIS, P. F. Resistência e revolução no pensamento de Michel Foucault: contracondutas, sublevações e lutas. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 7-27, 2011.

GRIEP, R. H. **Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde**. 2003. 128 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

GRUDTNER, A. C. L.; SPERANDIO, F. F. Percepção das gestantes sobre trabalho remunerado e desconforto corporal. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 13, n. 127, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd127/percepcao-das-gestantes.htm>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

GUALDA, D. M. R. Práticas obstétricas baseadas em evidências científicas: aspectos culturais e organizacionais. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002. p. 171-186.

GUERRA, M. J. J. **O parto desejado**: expectativas de um grupo de grávidas. 2010. 74 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2010.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2002.

GUTMAN, L. **A maternidade e o encontro com a própria sombra**: o resgate do relacionamento entre mães e filhos. Rio de Janeiro: BestSeller, 2013.

HELLERN, V.; NOTAKER, H.; GAARDER, G. **O livro das religiões**. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

HERRERO, V. S. et al. Influencia de las fases lunares en el inicio del parto, en el Hospital Universitario Vigen de la Arrixaca. **Enfermería Global**, Murcia, n. 11, [7 p.], nov. 2007.

HILLESHEIM, B. et al. Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 196-211, abr. 2009.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

ISERHARD, A. R. M. et al. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 116-122, 2009.

JAIME JUNIOR, P. Um texto, múltiplas interpretações: antropologia hermenêutica e cultura organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 72-83, 2002.

JANNOTTI, C. B. Gênero e cultura material do parto e nascimento no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 10., 2013, Florianópolis. **Anais eletrônicos...** Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1384204256_ARQUIVO_ClaudiaBonanJannotti.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2015.

JOHNSTON, S. I. **Religiões do mundo antigo: um guia Cambridge**. Harvard University Press, 2004.

JONES, I. C. **A abordagem do parto na telenovela amor à vida**. 2014. 75 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Comunicação Social) – Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

JUÁREZ, D. et al. **Violencia sobre las mujeres**: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SOUZA JÚNIOR, J. C. et al. Equidade inversa e desigualdades no acesso à tecnologia no parto em Santa Catarina, Brasil, 2000 a 2004. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 4, p. 307-403, out./dez. 2007.

SILVA JÚNIOR, N.; LIRIO, D. R. A recodificação pós-morderna da perversão. Sobre a produção do comportamento de consumo e sua gramática libidinal. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 65-78, jan./jun. 2006.

JUSSANI, N. C.; SERAFIM, D.; MARCON, S. S. Rede social durante a expansão da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 184-189, mar./abr. 2007.

JUSTO, A. M.; CAMARGO, B. V. Cuerpo y cognición social. **Liberabit**, Lima, v. 19, n. 1, p. 21-32, 2013.

KIMURA, A. F. A construção da personagem mãe: considerações teóricas sobre identidade e papel materno. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 339-343, ago. 1997.

KLEIN, C. Biopolíticas de inclusão social e produção de maternidades e paternidades para uma "infância melhor". 2010. 255 f. Tese (Doutorado em Educação)-Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

KLEIN, C.; MEYER, D. E.; BORGES, Z. N. Políticas de inclusão social no Brasil contemporâneo e educação da maternidade. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 43, n. 150, p. 906-923, set./dez. 2013.

KLEINMAN, A. **The illness narrative**: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books; 1988.

LANGDON, E. J. **A negociação do oculto**: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico. 1994. 74 f. Monografia (Concurso para professor titular)-Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-772, 2002.

LAPLANTINE, F. **A Descrição etnográfica**. São Paulo: Terceira Margem, 2004.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 14. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

- LEAL, M. C.; GAMA, S. G. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl., p. S5-S7, 2014.
- LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B.. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, jan. 2005.
- LEANDRO, J. S.; CHRISTOFFEL, M. M. Cuidado familiar de recém-nascidos no domicílio: um estudo de caso etnográfico. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. esp., p. 223-231, 2011.
- LEÃO, M. R. C. et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2395-2400, ago. 2013.
- LEFEBVRE, H. **O direito à cidade**. São Paulo: Ed. Moraes, 1991.
- LEITE, S. N.; MAFRA, A.C. Que direito? trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 1, p. 1665-1672, 2010.
- LÍBERA, B. D. et al. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 4855-4864, 2011.
- LOFEGO, J. et al. Itinerários terapêuticos: prática avaliativa centrada no usuário de longa permanência do Hospital de Saúde Mental do Acre. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. N. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ, 2009.
- LOPES, R. C. S. et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-254, ago. 2005.
- LOPES, R. C. S. ; PROCHNOW, L. P. ; PICCININI, C. A. A relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.15, p. 295-304, 2010.
- LUZ, A. M. H.; BERNI, N. I. O.; SELLI, L. Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 42-48, jan./fev. 2007.
- LUZ, H. L. **O renascimento do parto e a reinvenção da emancipação social na blogosfera brasileira: contra o desperdício das experiências**. 2014. 155 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.
- LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. São Paulo: Hucitec, 2004.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 145-176, 2005.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1991.

MALHEIROS, P. A. et al. C. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-327, 2012.

MALTA, D.C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MANDARINO, N. R. et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1587-1596, jul. 2009.

MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 61-71, abr. 2008.

MARCELLO, F. A. Enunciar-se, organizar-se, controlar-se: modos de subjetivação feminina no dispositivo da maternidade. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 29, maio-ago. 2005.

MARIA BETHÂNIA, M. Debaixo d'água - Agora. In: MARIA BETHÂNIA, M. **Mar de Sophia**. Rio de Janeiro: Biscoito Fino, 2006. 1 CD. Faixa 8.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, maio 2011.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 21-32, 2004.

MARTINS, A. A. et al. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 457-474, 2009.

MATHIAS, H. M. S. et al. A produção do trabalho na saúde suplementar: autonomia como dispositivo da promoção da saúde. In: RIBEIRO, C. D. M. et al. (Org.). **Saúde suplementar, biopolítica e promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411 -1416, 2004.

MAUÉS, R. H. A mãe e o filho como peregrinos: dois modelos de peregrinação católica no Brasil. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 121-140, dez. 2013.

McCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1483-1491, 2006.

MEDEIROS, L. B. **Rotas de fuga no ciberespaço: itinerários de mulheres em busca do parto desejado**. 2014. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

MELCHIORI, L. E. et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 13-23, 2009.

MENESES, M. P. R.; SARRIERA, J. C. Redes sociais na investigação psicossocial. **Aletheia**, Canoas, n. 21, p. 53-67, jan./jun. 2005.

MENEZES, D. C. S. et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-559, mar. 2006.

MENEZES, M. A. M. Reciprocidade e campesinato: uma releitura de James Scott, Enrique Mayer, Antonio Candido e Emilio Willins. In: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R. B. C. (Org.). **Polifonia do dom**. Recife: Editora da UFPE, 2006.

MERIGHI, M. A. B.; GONÇALVES, R.; RODRIGUES, I. G. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 775-779, nov./dez. 2006.

MEYER, D. E. E. Corpo, gênero e maternidade: algumas relações e implicações no cuidado em saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v.2, n.1, p. 18-22, 2011.

MEYER, D. E. E. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Gênero**, Niterói, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2005.

MEYER, D. E. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. **Movimento**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 33-58, set./dez. 2003.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 2 fev. 2015.

MILES, A. **Women, health and medicine**. Philadelphia: Open University Press, Milton Keynes, 1991.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. Representações da cura no catolicismo popular. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.) **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1994.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, C. E. A. (Org.). **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MONTEIRO, J. C. S.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 146-150, jan./mar. 2006.

MOORE, P. **La Luna**. Madrid: Blume, 1986.

MOREIRA, L. E.; NARDI, H. C. Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade(s) contemporânea(s). **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 569-594, maio-ago. 2009.

MOREIRA, M. A.; NASCIMENTO, E. R. do; PAIVA, M. S. Representações sociais de mulheres de três gerações sobre práticas de amamentação. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 432-441, abr-jun. 2013.

MORETTO, V. M. **A capacitação de pré-natalistas em uma Unidade Básica de Saúde: um estudo de caso**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D.; ESTRELLA, R. C. N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 22, p. 1825-1833, 2006.

MORTON-PRADHAN, S.; BAY, R. C.; COONROD, D. V. Birth rate and its correlations with the lunar cycle and specific atmospheric conditions. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, Saint Louis, v. 192, no. 6, p. 1970-1973, 2005. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(05\)00282-6/references](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(05)00282-6/references)>. Acesso em: 18 mar. 2015.

MOURA, M. A. V.; COSTA, G. R. M.; TEIXEIRA, C. S. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 429-434, 2010.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NAKANO, A. M. S. et al. O cuidado no “resguardo”: as vivências de crenças e tabus por um grupo de puérpera. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 242-247, maio/jun. 2003.

NAKANO, M. A. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 355-363, 2003.

NARCHI, N.Z. Análise do exercício de competências dos não médicos para atenção à maternidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 147-158, 2010.

- NASCIMENTO, N. M. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 456-461, 2010.
- NEVES, R. F.; NUNES, M. O. Da legitimação a (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. **Ciência & Saúde Coletiva**; Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 211-220, 2010.
- NICOLAIDES, C. Geração de dados e categorias a serem analisadas em pesquisa sobre a autonomia do aprendiz de línguas. **Revista Crop**, São Paulo, v. 12, p. 193-219, 2007. Disponível em: <<http://200.144.182.130/revistacrop/images/stories/edicao12/v12a09.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2013.
- NOGUEIRA, E. C. D. Emoções compartilhadas: a construção do pathos por um movimento ambiental no facebook. **Texto Digital**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 41-52, jul./dez. 2014.
- NOGUEIRA, R. P. As Agências reguladoras da saúde e os direitos sociais. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 5, p. 101-105, 2002.
- NOGUEIRA, A. T. O parto: encontro com o sagrado. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 122-130, 2006.
- OCHIAI, A.M. **Influência do meio ambiente no parto**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.
- OCKÉ-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1041-1050, 2007.
- OLIVEIRA, A. S. S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. esp., p. 32-41, 2010.
- OLIVEIRA, C. M. F. **Utilização dos serviços do Sistema Único por beneficiários de planos de saúde**. 2009. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.
- OLIVEIRA, A. **Da internet às ruas: a marcha do parto em casa**. 2014. Dissertação (Mestrado em Comunicação)- Departamento de Comunicação Social, Setor de Artes, Comunicação e Design, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2014.
- OLIVEIRA, M. **Parto adequado: redução das taxas de cesárea**. 1 vídeo. 2min 43s. Disponível em: <<https://www.youtube.com/embed/videoseries?list=PLbP-MRnUG8eZAcX9ppe3eLHxOuz9-SltR>>. Acesso em: 22 mar.2015.
- OLIVEIRA, M. R. **Nascimento de filhos: rede social de apoio e envolvimento de pais e avós**. 2007. 147 f. Dissertação (Mestrado em psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2007.
- OMS. **Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

ONG, S.; WINGFIELD, M.; MCQUILLAN, K. Labour ward activity and the lunar cycle. **Journal of Obstetrics Gynaecology**, London, v. 18, no. 6, p. 538-539, Nov. 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde**: declaração da OMS. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2015.

PÁDUA, K. S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 70-79, fev. 2010.

PARREIRA, Natalia. Aspectos relevantes acerca da proteção à maternidade. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 14, n. 93, out. 2011. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10562>. Acesso em: 2 fev. 2015.

PATAH, L.E.M.; MALIK, A.M. Models of childbirth care and cesarean rates in different countries. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 2-9, 2011.

PEIRANO, M. **O dito e o feito**: ensaios de antropologia de rituais. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

PEIRANO, M. **Rituais ontem e hoje**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2003.

PEREIRA, A. L. F. et al. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 205-15, 2007.

PEREIRA, C. W.; RUMEL, D. Epidemiologia da tristeza em puérperas no pós-parto imediato. **Feminina**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. 369-377, jun. 2007.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 579-589, 2011.

PEREIRA, W. R. **Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde, que atende a mulheres em situação de gestação, parto e puerpério**. 2000. 147 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

PERITI, E; BIAGIOTTI, R. Lunar phases and incidence os spontaneous deliveries. Our experience. **Minerva Gynecology**, Torino, v. 46, n. 7/8, p. 429-433, 1994.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1297-1314, 2011.

PICCININI, C. A. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 223-232, set-dez. 2004.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

PICCININI, C. A. et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2012.

PICCININI, C. A. et al. Envolvimento paterno aos três meses de vida do bebê. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 303-314, jul./set. 2012.

PIETROBON L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

PIMENTEL, C. et al. Autonomia, risco e sexualidade: a humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. **Realis: Revista de Estudos Antiutilitários e Pós Coloniais**, Recife, v.4, n.1, p. 166-185, 2014.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, CEPESC: Abrasco, 2008. p. 39-58.

PINHO, P. A.; PEREIRA; P. P. G. Itinerários terapêuticos; trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 435-450, jun. 2012.

PIRES, D. et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 2, p. 191-197, abr./jun. 2010.

POIRIER, M. P. **Apresentação da Rede Cegonha, durante o Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança**. 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_20499.htm>. Acesso em: 10 dez. 2012.

POLIDO, C. G. et al. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 624-630, 2011.

PORTO, S. M.; SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 895-910, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **A cidade de Porto Alegre**: caracterização e população. 2013. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/default.php?p_secao=4#1>. Acesso em: 5 out. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **A cidade de Porto Alegre**: saúde. 2013a. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/default.php?p_secao=4#1>. Acesso em: 5 out. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Observando**: as condições socioeconômicas da mulher em Porto Alegre. Porto Alegre: Secretaria Municipal da Saúde, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Porto Alegre em análise**. ObservaPOA. Disponível em: <<http://portoalegreemanalise.procempa.com.br/>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A.C. Parto humanizado: influências no segmento saúde. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 1, n. 33, p. 80-88, 2009.

PROUST, F. Introduction to De la résistance. **Hypatia**, Edwardsville, v. 15, no. 4, p.18-22, 2000.

RAMOS, M. O. **A “comida da roça” ontem e hoje**: um estudo etnográfico dos saberes e práticas alimentares de agricultores em Maquiné (RS). 2007. 175 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Rural)-Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 85-96, abr. 2006.

RATNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 759-768, 2009.

RETONDAR, A. M. A (re)construção do indivíduo: a sociedade de consumo como “contexto social” de produção de subjetividades. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 137-160, jan./abr. 2008.

REVEL, J. **Michel Foucault**: conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz, 2005.

REZENDE, C.B.; COELHO, M.C. Antropologia das emoções. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

RHEINGOLD, H. **The Virtual community**: homesteading on the electronic frontier. Massachusetts: Addison-Wesley, 1993.

RIBEIRO, C. D. M. et al. Saúde suplementar, projeto biopolítico e a produção do cuidado em saúde. In: RIBEIRO, C. D. M. et al. (Org.). **Saúde suplementar, biopolítica e promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

RIESCO, M. L. G. Nascer no Brasil “em tempo”: uma questão de hierarquia das intervenções no parto? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S47, 2014.

ROCHA, A. R. C.; ECKERT, C. Etnografia: saberes e práticas. **Iluminuras**, Porto Alegre, v. 9, n. 21, p. 1-23, 2008.

RODOLPHO, A. L. Rituais, ritos de passagem e de iniciação: uma revisão bibliográfica antropológica. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, v. 44, n. 2, p. 138-146, 2004.

RODRIGUES-JUNIOR, A.S. Ethnography: method only or logic of inquiry in efl research in Brazil? **Trabalhos em Linguística Aplicada**, Campinas, v. 51, n. 1, p. 35-49, 2012.

ROESE, A.; GERHARDT, T. E. Fluxos e utilização de serviços de saúde; mobilidade dos usuários de média complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 221-229, 2008.

ROESE, A. et al. Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 5, n. 3, 2006.

ROMERO, M. J.; GUERREIRO, G. I.; ARTURA, A. S. The moon and delivery. **Revista de Enfermería**, Barcelona, v. 27, n. 11, p. 7-9, 2004.

ROTOLO, A. **Trajetórias terapêuticas e redes sociais de pacientes portadores de câncer: assimetrias no atendimento em um Município da região Noroeste do Rio Grande do Sul**. 2007. 117 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

RUIZ, E. N. F. **Relações sociais na situação de adoecimento crônico no rural: expressões de cuidado e de sofrimento na perspectiva da dádiva**. 2013. 210 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Rural) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SÁ, L. V.; OLIVEIRA, L. A. Autonomia: uma abordagem interdisciplinar. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo, v. 12, n. 1/2, p. 5-14, 2007.

SAINTYVES, P. **Las madres vírgenes y los embarazos milagrosos**. Madrid: Akal, 1985.

SAIZ-PUENTE, M. S. La influencia lunar em la biología femenina: revisión histórico-antropológica. **Matronas Profesi3n**, Barcelona, v. 11, n. 2, p. 58-63, 2010.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 472-480, maio-jun. 2009.

SALIM, N. R.; ARAÚJO, N. M.; GUALDA, D. M. R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 732-739, jul-ago. 2010.

SANTAELLA, L. **Redes sociais digitais: a cognição conectiva do twitter**. São Paulo: Paulus, 2010.

SANTOS, I. S. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada**. 2009. 186 f. Tese (Doutorado em Ciências: Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SANTOS, L. M. et al. **Estudo argumentativo sobre peregrinação e referência de parturientes para a atenção hospitalar**. In: CONGRESSO [DA ASSOCIAÇÃO LATINA PARA A ANÁLISE DOS SISTEMAS DE SAÚDE], 23., 2012, Lisboa. **Actas Calass 2012**. Barcelona, ALASS, 2012.

Disponível em: <http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2012/sesion21/11-09_sesion21_4-pt.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

SANTOS, L. M. et al. Referência de parturientes para a atenção hospitalar: um estudo argumentativo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 7., 2011, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: UFMG, 2011, p. 5592-5609.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. V. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SANTOS, T. T. **Evidências de indução de demanda por parto cesáreo no Brasil**. 2011. 68 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SARMENTO, G. O **papel da maternidade no processo de individuação feminino**. 2015. Disponível em: <<http://www.symbolon.com.br/artigos/opapeldamater.htm>>. Acesso em: 2 fev. 2015.

SARTI, C. A. A família como ordem simbólica. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 11-28, 2004.

SATO, F. R. L. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 49-62, 2007.

SCATENO, J. M. **O ressarcimento ao SUS: análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período de contratação dos planos**. 2004. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 16, p. 137-150, 2011.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 47-60, fev. 2001.

SCHWAB, B. Delivery of babies and the full moon. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 113, no. 6, p. 489-943, Sept. 1975.

SCHWARZ, P. K. N. Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico ginecológica com mujeres de clase media en la ciudad de Buenos Aires. **Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 6, p. 83-104, dez. 2010.

SCHWENGBER, M. S. V.; MEYER, D. E. Discursos que (con)formam corpos grávidos: da medicina à educação física. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 36, p. 283-314, jan./jun. 2011.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-525, 2004.

SILVA, C. R. C.; MENDES, R.; NAKAMURA, E. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-41, 2012.

SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S.; MEIRELES, B. S. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 50-56, mar. 2004.

SILVA, G. C. C. et al. A mulher e sua posição na sociedade: da antiguidade aos dias atuais. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 65-76, dez. 2005.

SILVA, G. G. A. da. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 7-24, 2006.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 60-65, 2011.

SILVA, M. O. L. S. et al. **Etnografia e pesquisa qualitativa: apontamentos sobre um caminho metodológico de investigação**. 2013. Disponível em:
http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.1/GT_01_15.pdf

SILVA, S. P. C.; PRATES, R. C. G.; CAMPELO, B. Q. A. Parto normal ou cesariana? fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 1-9, jan./mar. 2014.

SILVA, S. F. Interfaces entre a gestão do SUS e a regulação de planos privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1398-1408, 2008.

SILVA, V. M. N. et al. Trajetória assistencial em Piraí: uma prática avaliativa amistosa à integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. I. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudo das práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ: Abrasco, 2008.

SILVEIRA, R. et al. Trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos como práticas avaliativas da integralidade em Rio Branco. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. I. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudo das práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ: Abrasco, 2008.

SILVEIRA, F. L. Maré, fases principais da lua e bebês. **Caderno brasileiro de ensino de física**, Florianópolis, v.20, n. 1: p.10-29, 2003.

SILVEIRA, F. L. A Lua e os bebês. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v.29, n.170: p.47;2001.

SODRÉ, T. M. et al. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 452-460, jul./set. 2010.

SOUTO, K. M. B. A Política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.

SOUZA, E. F.; ALEXANDER A de; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 393-405, jun. 2009.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S11-S13, 2014.

SOUZA, R. G.; BODSTEIN, R. C. DE A. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 481-492, 2002.

STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 275-281, 2008.

STEIL, C. A.; CARNEIRO, S. S. Peregrinação, turismo e nova era: caminhos de Santiago de Compostela no Brasil. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 105-124, jul. 2008.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 521-528, set. 2010.

STUMM, K. E. **Significados do processo gestacional na vivência da família**. 2013. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

SUSARTE, F. **Bodas y partos de las reinas de España**. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil-Albert, 2000.

TAMBIAH, S. **Culture, thought and social action**. Cambridge: Harvard University Press, 1985.

TAVARES, C. A.; GAÍVA, M. A. M. O nascimento: um evento pertencente à equipe de saúde? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 569-575, 2003.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 740-744, nov./dez. 2006.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, 2010.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **PMKT: Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, São Paulo, v. 3, p. 20-27, set. 2009. Disponível em: <http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf>. Acesso em: 19 set. 2013.

TOMAÉL, M. I; ALCARÁ, A. R.; DI CHIARA, I. G. Das redes sociais à inovação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 93-104, maio-ago. 2005.

TORRES, J. A. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S220-S231, 2014.

TORRES, J. **Parto adequado**: ações da ANS. Disponível em: <https://www.youtube.com/embed/q1CG3b_lkEg>. Acesso em: 22 mar. 2015.

TURNER, V. **Floresta de símbolos**: aspectos do ritual Ndembu. Niterói: EdUFF, 2005.

TURNER, V. **La selva de los símbolos**. Madrid: Siglo Veinteuno, 1980.

VAITSMAN, J. Gênero, identidade, casamento e família na sociedade contemporânea. In: PUPPIN, A. B.; MURARO, R. M. (Org). **Mulher, gênero e sociedade**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2001.

VALE, N. B. do; VALE, L. F. B. do; CRUZ, J. R. O tempo e a anestesia obstétrica: da cosmologia caótica à cronobiologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 59, n. 5, p. 624-647, set./out. 2009.

VARGENS, O.M.C.; PROGIANTI, J.M.; SILVEIRA, A.C.F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.42, n.2, p:339-46, 2008.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VAUCHER, A. L. I., DURMAN, S. Amamentação: crenças e mitos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 2, p. 207-214, 2005.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, v. 377, no. 9780, p. 1863-1876, May 2011. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2960138-4/ppt>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.

VILLAR, J. et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*, v. 335, no. 7628, p. 1025, Nov. 2007. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/335/7628/1025>>. Acesso em: 4 fev. 2015.

VILLELA, W. V.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Ed. Unicamp; 2003. p. 95-150.

VINHAS, A. P. L. B. **Mitos da maternidade: um estudo a partir do olhar sistêmico**. 2009. 41 f. Monografia (Especialização em Terapia Relacional Sistêmica) – Familiare Instituto Sistêmico, Florianópolis, 2009.

WEIDLE, W. G. et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 46-53, jan./mar. 2014.

WHO. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Declaração da OMS**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2014.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada para participar da pesquisa **“A (des)construção da competência feminina para gestar, parir e cuidar: as representações culturais e as trajetórias assistenciais das mulheres atendidas no subsetor suplementar de atenção à saúde em Porto Alegre, RS.”** Trata-se de uma pesquisa de doutorado da aluna **Aline Alves Veleda**, do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O objetivo geral da pesquisa é analisar a (des)construção da competência feminina por meio da modulação das representações culturais sobre gestação, parto e puerpério ao longo das trajetórias assistenciais das mulheres atendidas no subsetor suplementar de atenção à saúde em Porto Alegre, RS. Justifica-se a realização deste estudo pela necessidade urgente de investigar temas referentes aos processo de maternidade e nascimento, visto a necessária mudança qualitativa da atenção em saúde neste setor. Sua participação consistirá no fornecimento de informações por meio de entrevistas individuais, momentos de observação de seu cotidiano e durante sua busca por cuidados durante a gestação, parto e pós-parto. O registro dos dados da observação e entrevistas será por meio de anotações e gravações de áudio. Estes registros serão mantidos sob minha responsabilidade durante um período de 5 anos, sendo destruídos após esse período. Os resultados e achados deste estudo serão utilizados para construção da Tese de Doutorado da pesquisadora, publicação de artigos científicos e apresentação em eventos acadêmicos e comunitários de interesse sobre o tema. Esta pesquisa apresenta riscos mínimos às participantes, não apresentando danos físicos e considerando os riscos relacionados apenas a um possível desconforto para responder as entrevistas ou participar das observações. No entanto, garante-se respeito à ocorrência destes possíveis desconfortos e diálogo para que a pesquisa ocorra nos momentos mais confortáveis e seguros para você. Sua identidade, bem como de todos os participantes, serão mantidas em sigilo e será garantida sua privacidade durante a realização desta pesquisa. Você tem plena liberdade para retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Não haverá nenhuma despesa econômica por sua parte e nenhum pagamento por sua participação na pesquisa. Optando voluntariamente por participar você receberá uma cópia deste termo contendo o telefone e o endereço institucional da pesquisadora responsável e da professora orientadora da pesquisa, bem como o contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do

Sul. Dessa maneira, você poderá a qualquer momento entrar em contato com a pesquisadora e esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, ou com o Comitê de Ética para outras informações.

Assim, após leitura atenta deste documento, o pesquisador principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Declaro que entendi os objetivos da pesquisa e concordo em participar dela: _____

Ms. Aline Alves Veleda

Pesquisadora responsável

Contato: Rua São Manoel nº 963, Bairro Rio branco, CEP: 90620-110. Porto Alegre, RS.
Telefone: (51) 3308-5226. Endereço eletrônico: linenfermeira@yahoo.com.br

Dr^a Tatiana Engel Gerhardt:

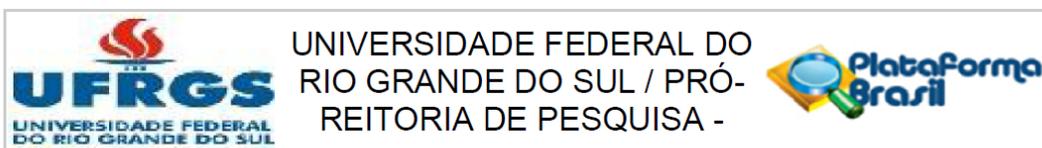
Professora orientadora

Rua São Manoel nº 963, Bairro Rio branco, CEP: 90620-110. Porto Alegre, RS. Telefone: (51) 3308-5226. Endereço eletrônico: tatiana.gerhardt@ufrgs.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Contato: Avenida Paulo Gama, 110, 2º andar, CEP:90040-060. Porto Alegre, RS. Telefone: (51) 3308-3738. Endereço eletrônico: etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A (DES)CONSTRUÇÃO DA COMPETÊNCIA FEMININA PARA GESTAR, PARIR E CUIDAR: representações culturais e as trajetórias assistenciais de mulheres atendidas no subsetor suplementar de atenção à saúde em Porto Alegre, RS

Pesquisador: Tatiana Engel Gerhardt

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26548514.7.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/COMITÊ DE ÉTICA EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 522.742

Data da Relatoria: 06/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem UFRGS. Caracteriza-se como um estudo qualitativo do tipo etnográfico, que será desenvolvido no município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul. Participantes serão mulheres, considerando que segundo dados da Prefeitura Municipal de POA (2013) a população total POA é de 1.409.351 habitantes, sendo destes 53,61% mulheres, a autora, ainda, destaca os altos índices de utilização de tecnologias duras na atenção obstétrica da saúde suplementar, quase 90% de nascimentos ocorrem por cesariana. As participantes serão constituídas por mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, gestantes e com idade gestacional acima de 32 semanas, que tenham realizado pelo menos quatro consultas de pré-natal, residentes em POA, que irão realizar seus partos e cuidados puerperais cobertos por algum tipo de assistência da saúde suplementar do Sistema Único de Saúde (serviços de atenção pré-natal financiados por planos e seguros de saúde, medicinas de grupo cooperativas médicas ou de autogestão). O número mínimo previsto é de 10 mulheres, para captar as participantes será utilizada a técnica metodológica snowball sampling (Bola de Neve) que caracteriza-se com uma amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais, utiliza-se de cadeias de referência, uma participante indica outro participante sucessivamente até que seja alcançado o ponto de

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

Continuação do Parecer: 522.742

saturação. Para coleta de informações será utilizado observação participante, entrevista e diário de campo. Para interpretação será empregado à análise temática, que desdobra-se em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a desconstrução da competência feminina por meio da modulação das representações culturais sobre gestação, parto e puerpério ao longo das trajetórias assistenciais das mulheres atendidas no subsetor suplementar do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, RS.

Objetivo Secundário:

Identificar quais conceitos, valores e opiniões influenciam na construção das representações culturais sobre a gestação, parto e puerpério em mulheres usuárias do subsetor suplementar de atenção à saúde no município de Porto Alegre, RS.

Identificar de que forma o modelo médico de assistência modula as condutas, crenças e ações das mulheres durante a gestação, parto e puerpério no subsetor suplementar de atenção à saúde no município de Porto Alegre, RS, construindo uma incompetência feminina para vivenciar estes processos.

Analisar como as trajetórias assistenciais durante a gestação, parto e puerpério são moduladas pelas representações culturais de mulheres usuárias do subsetor suplementar de atenção à saúde no município de Porto Alegre, RS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora descreve os riscos como mínimos às participantes relacionados ao desconforto com relação aos relatos, sem possíveis danos físicos. Destaca a segurança e o respeito às mulheres, "considerando seus interesses e garantindo a relevância social do estudo".

Em relação aos benefícios, assegura o acesso às orientações relacionadas aos cuidados durante o puerpério, mantendo um retorno social as mulheres participantes do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com temática relevante para área do cuidado à saúde da mulher em período sensível de sua existência a gestação, parto e puerpério. Referencial teórico e metodológico pertinentes e adequados aos propósitos do estudo. Apresenta TCLE, roteiro para observação (APÊNDICE A) roteiro da entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE B) e cronograma adequados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As considerações éticas envolvendo pesquisa com seres humanos estão de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. O TCLE apresenta-se adequado.

Recomendações:

Recomenda-se aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

PORTO ALEGRE, 06 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

ANEXO B – REGIÕES DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO DE PORTO ALEGRE

