Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Instituto de Ciências Sociais

Camila Manni Dias do Amaral

"Aqui a gente é tratada como pessoa, no hospital é como corpo": motivações e trajetórias de gestantes em uma Casa de Parto pública no Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2016

Camila Manni Dias do Amaral

"Aqui a gente é tratada como pessoa, no hospital é como corpo": motivações e trajetórias de gestantes em uma Casa de Parto pública no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Profª . Dra . Claudia Barcellos Rezende

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CCSA

A485 Amaral, Camila Manni Dias do.
" Aqui a gente é tratada como pessoa, no hospital é como corpo": motivações e trajetórias de gestantes em uma Casa de Parto pública no Rio de Janeiro / Camila Manni Dias do Amaral. – 2016.
115 f.

Orientadora: Claudia Barcellos Rezende .
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Ciências Sociais.
Bibliografia.

1. Parto normal – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 2. Cuidado pré-natal – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 3. Humanização do parto Rio de Janeiro (RJ) – Teses. I. Rezende, Claudia Barcellos. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Ciências Sociais. III. Título.

CDU 614.253.5(815.3)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte

_____ _____

Assinatura Data

Camila Manni Dias do Amaral

"Aqui a gente é tratada como pessoa, no hospital é como corpo":

motivações e trajetórias de gestantes em uma Casa de Parto pública no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Antropologia.

Aprovada em 26 de abril de 2016.

Banca examinadora

_____

Prof.ª Dra. Claudia Barcellos Rezende (Orientadora)

Instituto de Ciências Sociais – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Maria Luiza Heilborn

Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Profª. Dra. Rachel Aisengart Menezes

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2016

AGRADECIMENTOS

À minha mãe e meu pai, que me apóiam com tempo, carinho e paciência, agradeço pela educação, pelas oportunidades e pelo amor, saber que vocês estão comigo me dá ânimo.

À minha irmã, por ser minha melhor amiga e companheira nos momentos difíceis. Ao meu noivo, que sempre foi um ouvido atento para as minhas questões e um porto seguro onde encontro paz e refúgio.

Aos meus alunos pela disposição de alterar dias e horários para que eu pudesse fazer meu trabalho de campo, e a Fernando, Diego e Gabi pela amizade, pela paciência e pelos chocolates em prol do meu bom humor. Essa dissertação realmente não teria sido realizada sem a ajuda de vocês, tem um pouco de cada um aqui.

À Claudia, pela inspiração desde o primeiro período da graduação, e por ter me orientado de modo tão próximo, trazendo segurança, mas sem tirar minha liberdade. Ser orientada por alguém cujo trabalho admiro há tantos anos é um estímulo constante para o trabalho e a pesquisa acadêmica.

À banca examinadora, pela disponibilidade e pelas sugestões de leituras e de escrita valiosas e pertinentes que foram dadas.

RESUMO

AMARAL, C. M. D. "Aqui a gente é tratada como pessoa, no hospital é como corpo": motivações e trajetórias de gestantes em uma Casa de Parto pública no Rio de Janeiro. 2016. 115f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

A presente investigação trata do tema do "parto natural" e do "parto humanizado", e tem como sujeitos de pesquisa mulheres de camadas populares da cidade do Rio de Janeiro que fizeram pré natal na Casa de Parto David Capistrano Filho. O "natural", abordado pela primeira vez pelo médico obstetra DickRead, é aquele em que há a busca de minimizar as intervenções, apontadas como algo que gera complicações durante o parto. O "humanizado" pode se referir ao parto em que se respeitam os direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres ou a uma série de práticas e valores que se colocam como constitutivos de um "parto humanizado" (TOURNQUIST, 2003). Esse trabalho versa sobre os discursos elaborados pelas mulheres sobre corpo, gestação e parto e sobre como elas estruturam suas escolhas e suas narrativas para alcançar o que querem. Outro ponto que, apesar de não ser central, merece atenção, é a resistência que essas mulheres fazem a algumas propostas da Casa de Parto e como se desenrola a relação entre elas e a equipe de saúde.

Palavras-chave: Corpo, parto, saúde, agência.

ABSTRACT

Amaral, C. M. D. "Here we are treated like people in the hospital like a body": motivations and paths from pregnant woman in a public birth center in Rio de Janeiro. 2016. 115f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

This research treats about "natural childbirth" and "humanized childbirth", and its research subjects are women from popular groups of Rio de Janeiro who made prenatal at a the Birth Center David Capistrano Filho. The "natural", approached for the first time by the obstetrician Dick-Read, is the one in which the interventions are minimized, once they are identified as something that creates complications during childbirth. The "humanized" can refer to labor in which the human rights, sexual and reproductive rights are respected or can refer to a serie of values and practices that arise as constitutives of a "humanized birth" (TOURNQUIST, 2003). This work is about the speeches elaborated by the women about body, pregnancy and childbirth and how they structure their choices and their narratives to achieve what they want. Another point that, although not central, deserves attention is the strength that these women make against some proposals Childbirth House and how it works out the relationship between them and the health team.

Keywords: body, childbirth, health, agency

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 8

1 **CORPO, PARTO E MATERNIDADE: UMA REVISÃO TEÓRICA** 14

1.1 *Corpo e Natureza* 14

1.1.1 Medicalização 16

1.1.2 Parto 19

1.1.3 Instituições públicas de assistência ao parto 22

1.2 **Maternidade e Paternidade** 24

1.2.1 O sentido de ser mãe e algumas implicações da maternidade como projeto ... 24

1.2.2 Amamentação 27

1.2.3 A questão da paternidade 30

1.3 **Agência e campo de possibilidades** 34

1.3.1 Autonomia 37

1.3.2 A relação médico-paciente 38

2 **GESTAÇÃO, GÊNERO E PARTO "NATURAL" NAS OFICINAS** 41

2.1 **Gênero e Sexualidade** 41

2.1.1 A idealização da gestação e a vida sexual do casal 42

2.2 Trabalho de Parto 44

2.2.1 A "dor boa" e o corpo que fala 44

2.2.2 Intervenções: Atender ao corpo ou à mulher? 46

2.2.3 Treinando para se aproximar da natureza 48

3 **CONVERSAS DA SALA DE ESPERA** 50

3.1 **Sexo para evitar o divórcio** 50

3.2 **A astúcia das mulheres e a ingenuidade dos homens** 52

3.3 **"Esse negócio de feminismo não é pra mim"** 53

3.4 **Do direito à obrigação: amamentação e a expressão obrigatória do sentimento** 55

3.5 **“Aí meu Deus, vou ter que subir na balança** 56

3.6 **Sobre os desejos de grávida e onde entra o marido** 57

4 **AS GESTANTES E SUA ESCOLHA PELA CASA DE PARTO** 61

4.1 **As entrevistadas** 61

4.2 **Durante o pré-natal**..... 64
4.2.1 Parto natural ou humanizado..... 65
4.2.2 A descoberta da violência obstétrica..... 67
4.2.3 A proximidade da equipe: conhecer e ser conhecida..... 71
4.2.4 Gestações e partos anteriores..... 74
4.2.5 Direito ao acesso e direito à escolha..... 77
4.2.6 Loucas e corajosas..... 79
4.2.7 Loucas e corajosas..... 82
4.2.8 "O futuro a Deus pertence": sobre planos e partos..... 85
5 **REVENDO A EXPERIÊNCIA DO PARTO**..... 88
5.1 **Será trabalho de parto?**..... 88
5.2 **A dor do parto, "um bem doloroso"**..... 90
5.3 **Os acompanhantes no trabalho de parto: uma questão de protagonismo**..... 92
5.4 **Mudança repentina de planos**..... 94
5.5 **Dividindo o recém nascido: um pedaço para cada um**..... 97
5.6 **"Nem parece SUS".**..... 100
5.7 **Emoções conflitantes** 100
5.7.1 Amor, apaixonamento e outras construções 101
5.7.2 Frustração e culpa: Amamentar pode ser mais difícil do que parece 104
5.7.3 Animação..... 106
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 108
REFERÊNCIAS..... 112
ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA..... 115

INTRODUÇÃO

Nasci em uma maternidade pública da zona norte do Rio de Janeiro, em um parto complicado e prematuro. Quando pergunto sobre como foi meu nascimento, ouço sobre procedimentos vistos por ela como violências físicas, que foram perpetradas durante o parto: aplicação de ocitocina, episiotomia, uso de fórceps, exames de toque realizados por vários residentes um após o outro e tudo isso sem o conhecimento ou consentimento da parturiente, minha mãe. Talvez essa imagem tenha sido responsável pela minha curiosidade já antiga sobre o ato de parir, devido à necessidade que tinha de tornar essa experiência inteligível, mas ela não ditou os limites do meu interesse.

Ainda antes de iniciar o curso de ciências sociais passei a militar pela humanização do parto, já motivada pelo interesse na temática do parto, que se intensificou quando, já na universidade, estagiei na Faculdade de Enfermagem. Durante o período de estágio, trabalhei no Centro de Memórias, onde tive contato com práticas, histórias, manuais e fotografias que datam desde o início da enfermagem como profissão no Brasil. Esse contato gerou a vontade de conhecer melhor a área, tendo especial interesse por enfermagem obstétrica. Foi durante essa experiência que tive o primeiro contato com trabalhos acadêmicos sobre parto, expandindo o interesse que deixou de ser apenas a militância para se tornar também objeto de interesse científico, motivando meu trabalho de graduação e mestrado.

A curiosidade sobre os discursos que as mulheres tecem em torno da experiência do parto levou à escrita de uma monografia sobre mulheres que tiveram filhos em partos domiciliares, com isso algumas questões foram respondidas e outras começaram a surgir. Dentre elas, comecei a pensar nas mulheres de camadas populares que parem em instituição pública onde o "parto natural" fizesse parte da proposta da instituição. Tinha questões sobre os discursos e motivações das mulheres de classes populares que escolhem parir em um local afinado com a proposta do "parto natural" e sobre como essas mulheres agiam dentro de um campo de possibilidades exercendo sua agência. Essas foram as questões que me levaram à Casa de Parto, mas diversas outras surgiram no curso do trabalho de campo.

A partir destas questões, cheguei à Casa de Parto David Capistrano Filho, que será referida aqui como Casa de Parto. A Casa de Parto está localizada em Realengo, na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro e é uma unidade de saúde pública e autônoma,

não estando vinculada a nenhum hospital, mas tendo obrigatoriamente uma maternidade de referência que é o Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda. A unidade foi inaugurada em 2004 para atender gestantes consideradas de baixo risco, seus quadrossão compostos por enfermeiras obstétricas, assistentes sociais, nutricionistas e técnicos de enfermagem, não havendo médicos atuando no local. Esse é um dos motivos pelos quais, mesmo antes de ser inaugurada, a Casa de Parto já sofria resistência por parte do Conselho Regional de Medicina (CREMERJ), no que configura disputas por um campo de atuação.

Na "casinha", como é muitas vezes referidapelas enfermeiras, o ambiente em nada se assemelha a um hospital, as cores e os aromas são elaborados de modo a evitar, justamente essa associação por parte das gestantes. As suítes, onde ocorrem os partos, são equipadas com uma cama de casal, uma cômoda, um berço e um banheiro. Além disso, aparelhos para auscultar o coração do bebê e para a realização de procedimentos que possam ser necessários compõem a cena. Os quartos são amplos e chama a atenção a diferença entre a mobília dele e a de um quarto de hospital, sendo o leve cheiro de álcool a única semelhança notória entre ambos os tipos de instituição.

Em 2009 a Casa de Parto teve suas atividades suspensas devido a um relatório elaborado pela Superintendência de Vigilância Sanitária, que apontava que o estabelecimento havia cometido infrações sanitárias e isso ajuda a compreender algumas tensões que envolvem a Casa de Parto. Esse mesmo relatório afirmava que não ter médicos na instituição de saúde era um problema, o que foi endossado pelo presidente do CREMERJ, que apoiou o fechamento da Casa de Parto sugerindo que não ter um médico à frente do trabalho colocava em risco a vida das mulheres e de seus bebês[1]. Atualmente todos os prontuários de mulheres transferidas da Casa de Parto para a maternidade de referência são analisados pelo CREMERJ, o que possivelmente faz com que os profissionais da Casa de Parto saibam que qualquer deslize pode colocar em risco o funcionamento do local.

Para uma mulher ser transferida da Casa de Parto para um hospital, com a ambulância que lá se encontra disponível vinte e quatro horas, é necessário que haja indicação por parte da equipe de enfermagem. Essa transferência se dá exclusivamente entre a Casa de Parto e o Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, para onde são encaminhadas não apenas as transferências de emergênciamas também as

[1] http://extra.globo.com/noticias/rio/pacientes-protestam-contra-fechamento-de-casa-de-parto-em-realengo-402459.html Acessado em 01/12/2014

gestantes que tornam-se "de risco". Em mais de uma ocasião é informado às mulheres que fazem acompanhamento no local sobre a impossibilidade de transferência para outra instituição ou à pedido da paciente. É feito um trabalho de formação com as gestantes, de modo que elas entendam que se forem para a Casa de Parto elas não sairão dela utilizando os recursos públicos, apenas por meios próprios. Conforme mostrou Hisrch (2014), entrar lá é fácil, parir lá não tanto, pois todas as gestantes que não tem certeza de que desejam um parto como o oferecido lá, encaminham-se para outras instituições.

O objetivo geral deste trabalho éanalisar as motivações e estratégias das mulheres que parem na Casa de Parto. De forma mais específica, pretende-se analisar como ocorrem as negociações das gestantes com suas famílias e a dos maridos, bem como com a equipe da instituição. A construção do conhecimento e dos valores que são reconhecidos como positivos também são do interesse desta investigação.

O interesse ao tratar desse tema é perceber quais as motivações e o discurso que as mulheres que parem na Casa de Parto utilizam para conseguir isso, assim como a relação delas com os ideais defendidos e as ideias propostas pela intituição. Associado a isso busquei realizar uma análise sobre a agencia dessas mulheres durante a gestação e durante o parto. O que buscou-se entender é a lógica das mulheres que são assistidas na Casa de Parto, com as particularidades que uma instituição pública de saúde coloca, partindo do pressuposto teórico de que elas tem agência, entendida como a capacidade socialmente mediada de agir (ORTNER, 2006)

Meu estudo tomou como ponto de partida a pesquisa realizada por Hirsch (2014), que comparou um grupo de gestantes de segmentos médios com outro de camadas populares, que recebiam atendimento na Casa de Parto. Apesar de parte de seu trabalho de campo ter sido realizado no mesmo local que o meu, seus resultados são diferentes dos meus, especialmente no que tange à motivação e às expectativas das gestantes,. tendo como causa a mudança no público atendido pela instituição. Notando, ao longo do trabalho de campo, que as observações que eu estava fazendo e as respostas que obtive em entrevistas estavam muito distantes daquelas feitas por Hirch (2014), busquei entender a razão dessa discrepância. Essa resposta foi obtida quando, em conversa com uma das enfermeiras da Casa de Parto, soube que o perfil das gestantes atendidas havia mudado muito, havendo à época do meu trabalho mais gestantes que chegavam ao local buscando o tipo de parto incentivado lá do que à época da investigação de Hirsch (2014)

Para realizar o presente trabalho, fiz observação na Casa de Parto, participei de

duas oficinas e entrevistei gestantes com idade gestacional superior a trinta e duas semanas. Esse recorte que privilegia as mulheres que estão com tempo de gestação foi feito para facilitar o contato com as mesmas mulheres na gestação e no pós parto, dentro do tempo disponível. O recorte inicial eram mulheres com idade superior a vinte e cinco anos e que estivessem casadas ou em relação conjugal estável. O recorte de idade foi modificado porque, no contato com o campo, foi possível notar que eram raras mulheres com idade acima de vinte e cinco anos, sendo notável ainda que as mulheres faziam planos para engravidar mais jovens. Sendo assim, entrevistei mulheres maiores de idade, sem limite máximo ou mínimo, buscando aquelas para as quais a gestação fazia parte de um projeto delas com seus maridos.

As conversas durante a gestação e após o parto foram feitas na própria Casa de Parto, antes das consultas de acompanhamento pré e pós-natal.Apenas uma entrevista foi realizada fora de lá, tendo ocorrido na casa da gestante a pedido dela. Quanto ao instrumento de pesquisa, realizei entrevistas com roteirosemi-estruturado, que está nos anexos ao final da dissertação. Alguns problemas foram percebidos durante o trabalho de campo, como a associação entre mim e a Casa de Parto enquanto instituição. Devido a essa associação, duas entrevistas não puderam ser utilizadas para análise. Em uma delas uma funcionária da Casa de Parto entrou na sala de entrevista e falou comigo de modo que sugeria que eu trabalhava *para* a instituição, já na outra a entrevistada repetiu diversas vezes que eu trabalhava na Casa de Parto, como se eu fosse funcionária de lá. Possivelmente essa associação foi feita também por outras entrevistadas,mas nenhuma delas deixou isso claro, apesar de ser notória a diferença entre o modo como elas abordaram algumas questões durante as entrevistas - com o gravador ligado e em um ambiente mais formal -, e na sala de espera.

Passo a narrar agora como foi a entrada no campo, bem como algumas questões que chamaram atenção antes do início do trabalho de campo. Após passar pelo portão da entrada da Casa de Parto há duas portas que dão acesso ao interior da Casa. Aquela pela qual entrei na primeira visita fica em frente a um jardim e leva à área onde ficam as suítes de parto e o posto de enfermagem. Uma enfermeira conduziu-me à recepção - onde fica a outra porta de acesso - e lá havia três gestantes, uma mulher com um bebê no colo e dois acompanhantes na recepção, além da recepcionista. As mulheres abanavam-se e suavam sendo nítido o desconforto. Dentro das salas de consulta - que são também as suítes de parto - há ar condicionado, na área comum não.

O primeiro dia na casa de parto foi marcado por uma fala e uma situação, que permaneceram em foco até o início do trabalho de campo. Havia uma mulher em trabalho de parto - no momento em que ela estava aguardando ainda não se havia confirmado tratar-se de trabalho de parto e não de pródromos[2] . Ela estava sentada, acompanhada de uma mulher mais velha, com os olhos fechados e a respiração tranquila enquanto fazia sons baixos e graves. Notava-se que havia uma contração nos momentos em que ela franzia o cenho e prendia a respiração brevemente para depois soltá-la com uma expressão de alívio. Outra gestante, aparentemente sua conhecida, que estava no final da gestação, perguntou a ela como ela estava se sentindo e a resposta veio em um tom gutural: "Que sensação...". Inquirida então sobre a dor, sua resposta foi novamente surpreendente: "dói, mas é que nem orgasmo, quando passa dá aquele negócio", e as duas riram e trocaram um olhar de cumplicidade.

Enquanto me dirigia novamente à recepção, notei uma mulher que saia da Casa de Parto já com o filho no colo. Ela conversava com o marido sobre como foi bom ele ter levado o celular com televisão para o trabalho de parto, pois se não fosse isso ela não poderia ter visto o último capítulo de uma novela. O marido então a repreendeu, pedindo-lhe que falasse baixo, pois ela sabia que as enfermeiras não gostavam que assistissem televisão no parto, preferiam que ouvissem música e se concentrassem no processo. Conversando posteriormente com os dois, eles pediram que eu fosse discreta, pois eles queriam ter o próximo filho - caso o tivessem - na Casa de Parto,e temiam que ter assistido televisão mostrasse falta de adesão ao tipo de parto que era incentivado lá.

O modo como essa casal falava baixo e se comportava como se houvessem subvertido a ordem por terem assistido televisão durante o trabalho de parto, somado à expressão de prazer e dor da gestante que estava em trabalho de parto, orientou em certa medida o olhar lançado para a bibliografia que estava sendo estudada até a aprovação da pesquisa, que demorou três meses.

Antes de iniciar o trabalho é necessário dizer porque o termo "parto natural humanizado" aparece entre aspas e qual o sentido dado a ele.. As aspas são um recurso para demarcar conceitos êmicos e categorias que não são da escolha ou elaboração do pesquisador, ou que mesmo existindo na literatura especializada, aparecem com uma conotação distinta no trabalho de campo. O parto "natural", abordado pela primeira vez por Dick-Read é aquele em que há a busca de minimizar as intervenções, apontadas como algo que gera complicações durante o parto.Além disso, o que o obstetra chama

[2] Contrações irregulares que indicam a proximidade do parto mas não fazem parte do trabalho de parto.

de parto "natural" é centrado na idéia de que o conhecimento da fisiologia do parto e o treinamento físico diminuiriam o medo e a dor (SALEM, 2007) . O "humanizado", que será discutido mais profundamente no próximo capítulo, pode se referir ao parto em que se respeitam os direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres ou a uma série de práticas e valores que se colocam como constitutivos de um "parto humanizado" (TORNQUIST, 2003).

Quanto à estrutura, esta dissertação é composta por um capítulo teórico, dois capítulos de discussão a partir da observação feita na Casa de Parto - um sobre o observado e oficinas e outro sobre as conversas que surgem na sala de espera -, dois capítulos de análise de entrevistas - um sobre as entrevistas realizadas durante o pré-natal e outro sobre as realizadas após o parto - e as considerações finais.

1 CORPO, PARTO E MATERNIDADE: UMA REVISÃO TEÓRICA

A revisão bibliográfica está estruturada em torno de três eixos: Corpo e Natureza, Maternidade e Paternidade e Agência e Campo de Possibilidades. O primeiro eixo articula leituras sobre corpo, parto e instituições de assistência ao parto. No segundo é feito um levantamento de questões relativas à maternidade, sendo o aleitamento materno um dos aspectos que caracteriza uma maternidade com apego, e à paternidade, entendida a partir da concepção biológica e social. No terceiro eixo agência e autonomia são trabalhadas, sendo estabelecida a relação entre elas e a relação médico-paciente.

1.1 Corpo e Natureza

Na literatura das ciências sociais, a gestação e o parto são entendidos como fenômenos que ocorrem nas diversas dimensões do corpo, compreendidocomo mais do que uma unidade biológica. Desde que Mauss (1974) escreveu sobre as técnicas corporais em 1934, a dimensão cultural do corpo vem sido trabalhada tanto na antropologia quanto na sociologia. Nessa obra Mauss trata das técnicas corporais, que são as maneiras como as pessoas se servem do seu corpo, as formas que variam em cada sociedade, de acordo com os hábitos e com o que é valorizado em cada uma delas. Mauss(1974) trabalha com o indivíduo como um ser total, e para compreendê-lo seria necessário analisar as três dimensões que o compõem, a saber a biológica, a psicológica e a sociológica, o que nega a natureza puramente biológica das técnicas do corpo.

Outros trabalhos clássicos como O processo Civilizador de Elias (2011), mostram que a forma como as pessoas se servem do corpo são socialmente e historicamente construídas. Nessa obra, o autor faz uma história dos costumes e de suas mudanças após a idade média. Elias (2011) coloca então que o processo civilizador é, em última análise um processo de desenvolvimento do autocontrole do indivíduo, que, nas sociedades ocidentais modernas, molda-se aos outros de forma a evitar o embaraço. Esse processo acarretaria então mudanças nos controles emocionais e na estrutura

social, e desde a infância as crianças incorporariam essas formas novas de sentir, de se expressar e de se servir do corpo:

> "O que achamos inteiramente natural, porque fomos adaptados e condicionados a esse padrão social desde a mais tenra infância, teve, no início, que ser lenta e laboriosamente adquirido e desenvolvido pela sociedade como um todo. Isto não se aplica menos a uma coisa pequena e aparentemente insignificante como um garfo do que a formas de comportamento que nos parecem mais importantes." (ELIAS, 2011, p. 78)

O caráter social das formas de dispor do corpo é indicativo do trabalho minucioso de controle sobre ele nos mínimos detalhes. Foucault (1977) explica esse controle a partir da premissa de que o corpo é a dimensão prática e material do indivíduo logo, o lócus preferencial do exercício do poder:

> "O domínio, a consciência do próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder: a ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez, a exaltação do corpo belo...tudo isso conduz ao desejo de seu próprio corpo através de um trabalho insistente, obstinado, meticuloso, que o poder exerceu sobre o corpo das crianças, dos soldados, sobre o corpo sadio. Mas, a partir do momento em que o poder produziu este efeito, como consequência direta de suas conquistas, emerge inevitavelmente a reivindicação do seu próprio corpo contra o poder, a saúde contra a economia, o prazer contra as normas morais da sexualidade, do casamento, do pudor. E, assim, o que tornava forte o poder passa a ser aquilo por que ele é atacado... O poder penetrou no corpo, encontra-se exposto no próprio corpo..." (Foucault, 1977, p. 81)

Isso conduz à ideia de que resistir contra as intervenções feitas no corpo é uma resistência contra um tipo de dominação, nesse caso a dominação e o "imperialismo" médico, que como será mostrado adiante, é um dos sentidos da medicalização. Se o poder nas sociedades ocidentais modernas está inscrito e visível no corpo, o que ocorre a partir de um longo e minucioso processo de investimento, e se exerce na dimensão material do indivíduo, esse corpo se torna espaço também da resistência.

Uma consideração interessante com relação ao discurso tecido em torno do corpo é que a "natureza" é acionada muitas vezes para reiterar uma visão de mundo. Como Bourdieu (2003) coloca, não são as diferenças biológicas que explicam a dominação masculina. É a visão androcêntrica que constrói os aspectos biológicos de forma que esses possam ser utilizados para explicar a divisão do trabalho sexual e a divisão sexual do trabalho, essa divisão por sua vez legitima e naturaliza a visão androcêntrica. Os aspectos da "natureza" sobre os quais se criam discursos não são escolhidos ao acaso a partir da complexidade da fisiologia humana.

Meu objetivo não é afirmar que a fisiologia e a biologia não tem relevância, por exemplo, para o fenômeno da gravidez e do parto. Não ignoro que a mulher não menstruaria, não engravidaria e não pariria se não houvesse uma estrutura física onde

esses acontecimentos pudessem acontecer (MARTIN, 2006). Ainda assim, o modo de olhar para o corpo e para os processos que ocorrem nele são culturais, pois são vistos pela lente da cultura. O exemplo dos hormônios, discutido por Rohden (2008), vai nessa direção. A autora afirma que os hormônios são vistos a partir de uma lógica que ordena aquilo que está em aparente desordem, funcionando também como parte de uma gramática através da qual se explica os comportamentos. Os hormônios, como outros elementos biológicos, existem, mas a forma como são compreendidos e os discursos que se faz sobre eles são culturais.

1.1.1 Medicalização

O conceito de medicalização tem múltiplos sentidos, como exposto por Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2013) no artigo dedicado à revisão sobre esse tema. Os quatro sentidos que os autores apontam são: "a)práticas massivas de intervenção no espaço público; b) transformação de comportamentos transgressivos e desviantes em transtornos médicos; c) controle social e "imperialismo" médico; d) processo irregular que envolve agentes externos à profissão médica."(ZORZANELLI et al., 2013, p. 1865). Desses quatro sentidos, dentre os quais se pode transitar, por não serem mutuamente excludentes, o terceiro e o quarto são os que uso nesse trabalho.

Dentro deste debate, quero destacar a dimensão de gênero na medicalização do corpo. Será escolhido aqui como exemplo dessa afirmação o caso das explicações hormonais para eventos e comportamentos diversos que ocorrem no corpo feminino. Rohden (2008) comenta que é crescente a existência de publicações e programas televisivos dedicados a tratar da importância dos hormônios no bem estar dos indivíduos e na determinação de certos comportamentos, sendo o corpo feminino o alvo preferencial dessas explicações pautadas nos hormônios. Desde a puberdade, passando pela gravidez, amamentação e chegando finalmente à menopausa, os eventos ocorridos no corpo feminino e o comportamento das mulheres são analisados e explicados a partir dos hormônios, o que de certa forma transforma o que seria desordem em algo ordenado e possível de explicar.

O corpo feminino ter se tornado o mais explorado pelo discurso médico-científico se deve, dentre outros fatores, a uma tensão de gênero. Uma das explicações

para essa preferência pelo corpo feminino como alvo da medicalização pode ser oferecida por Foucault (1997), que, como citado anteriormente, afirma que a medicalização do corpo é uma forma de exercer controle sobre mulheres, crianças e homossexuais. Essa demanda pelo exercício de controle sobre o corpo feminino pode ser pensada também considerando-se o surgimento da ginecologia, entendida como a ciência que cuida dos problemas relacionados com a fisiologia feminina.

O estudo de Laqueur (1994) sobre a diferenciação de dois sexos é interessante para pensar essa questão. O autor assinala que em algum ponto do século XVIII rompeu-se com a herança grega de que havia, biologicamente, apenas o sexo masculino em diversos graus. Esse rompimento cria uma diferenciação radical entre homens e mulheres, que não pode ser explicada apenas sob o prisma das descobertas cientificas, uma vez que as descobertas científicas por si só não tem significados. Essas considerações feitas a partir da leitura de Laqueur (1994) são interessantes para pensar sobre o papel desempenhado pela ginecologia e a obstetrícia. Rhoden (2001), em seu trabalho sobre a construção da diferença a partir da ciência, mostra que a ginecologia foi importante não apenas para construir as diferenças fisiológicas entre homens e mulheres, mas também para fazer com que elas legitimassem uma diferenciação dos papéis sociais femininos e masculinos. A ciência é considerada como uma fonte de produção de novos conhecimentos, tendo também participação na atribuição de significado ao conhecimento que produz.

Um dos usos frequentes do termo "medicalização" no âmbito da gestação e do parto alude ao uso de tecnologias médicas sobre o corpo. Esse uso costuma vir inserido em uma crítica ao chamado "modelo tecnocrático" de assistência ao parto, conforme aponta Tornquist (2002), modelo em que a medicalização do corpo se dá através das tecnologias empregadas para normalizar o comportamento da mulher e normatizar a forma de parir. Apesar do "modelo tecnocrático" ser amplamente criticado, há quem busque exatamente esse tipo de assistência. Existem mulheres que querem "parto natural humanizado" como existem as que desejam um parto que conte com outros tipos de técnica, para as quais a tecnologia não é um empecilho, e sim um apoio, como assinala Emily Martin (2006):

> “o parto como procedimento médico é visto com forte simpatia por muitas mulheres que realmente o desejam pelo apoio que representa a poderosa tecnologia e por aquilo que entendem como benefícios da ciência moderna (...) Em *a Mulher no Corpo* os casos mais impressionantes dizem respeito a mulheres que rejeitaram a medicina e suas técnicas. Mas não se deve dizer que o livro afirma que mulheres que decidem pela tecnologia médica não podem também exercer sua atuação e sua autonomia. ” (MARTIN, 2006, p. 28)

Nessa mesma linha, Lupton&Schmied (2013) argumentam que as formas como as mulheres entendem o controle sobre o parto são variáveis. Para algumas, a tecnologia médica pode ajudar a obter um controle sobre um fenômeno irregular que é o parto. Para outras o controle é percebido como a possibilidade de parir sem intervenções, sendo valorizado não o controle sobre o corpo, mas sobre a situação de parto, tida como algo natural e que a mulher sabe como fazer. A resistência contra qualquer tipo de intervenção é um ponto recorrente entre mulheres ativistas e adeptas do "parto natural humanizado". Em seu trabalho analisando uma lista de discussão sobre parto domiciliar, entendido como uma expressão do chamado "parto natural humanizado", Gusmão (2010) apresenta trechos de depoimentos e colocações feitas por mulheres que optaram por essa modalidade de parto e a oposição a qualquer tipo de intervenção é constante.

Uma consideração interessante sobre a medicalização com a qual encerro essa seção é feita por Rezende ao analisar narrativas da gravidez em gestantes do Rio de Janeiro (2014). No trabalho, a autora ressalta que apesar da ideia de que “gravidez não é doença”, presente entre as mulheres que entrevistara, não era feito um questionamento sobre a medicalização da gestação que prescrevia consultas médicas mensais e exames médicos de várias ordens” (REZENDE, 2014, p. 7). Parece-me que esse é o nível mínimo de intervenção médica para todas as gestantes que fazem pré-natal, e que mesmo entre as mulheres que optam por “partos naturais” ou “partos humanizados” não há um parto “desmedicalizado”. Há uma resistência contra o que e percebido comoo "modelo tecnocrático", mas há elementos da medicalização que não são enxergados como negativos e por isso não são problematizados.

O que parece haver são graus de medicalização, que podem ser relacionadas às margens de manobra, campo de possibilidades, autonomia e possibilidade de agência das mulheres dentro da instituição. Mesmo mulheres que fazem parto domiciliar, como as com quem tenho trabalhado (AMARAL, 2013), não ficam livres de rotinas instituídas pelo saber médico. Apesar da incorporação aos seus discursos da ideia de que o parto em casa seria a desmedicalização real do parto, inviável em qualquer instituição de saúde (AMARAL, 2013; MENDONÇA, 2014), todas elas fizeram acompanhamento médico durante o pré-natal.

Podemos pensar então na medicalização como um conceito polissêmico que é compreendido de formas diferentes pelas mulheres, motivo pelo qual devemos desviar

de qualquer tendência a pensar a medicalização como sempre imposta. Da mesma forma é necessário compreender por quais motivos ela é desejada ou rejeitada.

1.1.2 Parto

Antes do parto ser transferido para o ambiente hospitalar, não havia o que decidir sobre isso, pois ele aconteceria em casa, com um médico ou com uma parteira, a menos que durante o pré-natal o médico apontasse a necessidade de fazer o parto hospitalar. Como mostra Tornquist (2004) em sua tese de doutorado, a transferência do parto para o hospital é acompanhada de disposições rígidas sobre os sujeitos e de uma transferência do saber feminino posto em prática no âmbito privado, para o saber médico, masculino no espaço público. Na contramão desse processo, surgem visões distintas sobre o parto, que clamam que ele seja visto como um evento fisiológico e natural.

Como já foi colocado, esse fisiológico e natural são socialmente construídos e por isso cabe entender que esse discurso de retorno à natureza também é cultural. Retomo Mauss (1974), pois há um trecho em que o autor escreve especificamente sobre as técnicas corporais relativas à obstetrícia:

> "As formas da obstetrícia são muito variáveis. Buda nasceu estando sua mãe, Mâya, agarrada, reta, a um ramo de árvore. Ela deu a luz em pé. Boa parte das mulheres da Índia ainda dão a luz desse modo. Coisas que acreditamos normais, isto é, o parto na posição deitada sobre as costas, não são mais normais do que as demais; por exemplo, as posições de quatro. Há técnicas de parto tanto para a mãe, como para seus auxiliares; para a retirada da criança, ligadura e secção do cordão; para os cuidados com a mãe e com a criança (...)."(MAUSS, 1974, p. 223)

Aparece aqui mais de uma questão relativa ao corpo no âmbito do parto, pois não se fala apenas sobre o corpo da mãe, mas também sobre as técnicas dos auxiliares e do primeiro contato com a criança que acaba de nascer. Quanto a isso, gostaria de destacar que a presença ou ausência de determinados profissionais, bem como a função que cada um desempenha no momento do parto também não tornam esse parto mais natural ou normal, trata-se apenas de mais uma das formas possíveis de nascer, com técnicas corporais específicas para essa forma de parir. Se no parto hospitalar – seja ele

natural ou cirúrgico - a equipe médica participa mais ativamente do processo e no parto "natural" ou "humanizado" transfere-se o protagonismo para a mãe e o bebê, isso não é senão, resultado da valorização de outras técnicas corporais. Considerando essa ideia, pode-se dizer que existem diversos tipos de parto, sendo todos eles culturais e havendo uma diferença em relação ao tipo de técnica corporal que é utilizada em cada um deles, por parte da parturiente, dos acompanhantes e da equipe que a assiste.

No contexto da segunda onda feminista - em que se buscava a manutenção dos direitos anteriormente conquistados e havia uma preocupação com as relações de poder e com a opressão que ocorria no que era considerado anteriormente o âmbito privado/pessoal, que passa a ser tratado como da esfera pública/política - ganham espaço as reivindicações pelo parto "natural".

Essa modalidade de parto é compreendida como uma forma de retornar a autonomia sobre o corpo feminino à mulher, preocupação que aparece também nos casais estudados por Salem (2007) na década de 80. Mas é interessante perceber que essa visão pressupõe que parir "naturalmente" - porque parir é da fisiologia feminina - é o que se espera da mulher, o que parece um reforço à identidade de gênero marcada pelo corpo que o feminismo, buscava, nessa época, combater.

Thomson et all apresentam as diferentes fases do movimento feminista em termos de suas visões sobre gravidez. Segundo as autoras, a primeira onda feminista estava focada no direito das mulheres de controlar a dor e o risco no nascimento através do alívio da dor e das intervenções médicas. A segunda onda criticava as intervenções médicas, afirmando que elas desvalorizavam o conhecimento das mulheres sobre a experiência da gravidez e do parto. A terceira onda feminista apresenta posições mais ambivalentes com relação à critica da tecnologia médica, sugerindo que a promoção do parto 'natural' pode resultar em um sentimento de culpa das mulheres sobre as intervenções e ao mesmo tempo retratando uma visão essencialista da mulher. Sobre esse mesmo assunto, Davis-Floyd, em uma entrevista dada à Tornquist (2002), afirma que:

> "Muitas [feministas] pensam que alta tecnologia é a fonte libertadora da mulher da escravidão biológica, liberando você de ter de ficar em casa amamentado crianças. A tecnologia elabora novas maneiras, e nós podemos assumir nossas crianças, cuidar delas e sair para trabalhar - essa é a grande questão feminista. Mas há um outro tipo de feministas que dizem que nós temos, sim, de ter direito a tudo, mas temos o direito de valorizar nossos corpos. [...]Outras feministas dizem: "'Não, nós somos mais naturais

> que os homens e conhecemos o uso de nosso corpo e nós damos a vida'" (TORNQUIST, 2002, p. 395)

Na segunda corrente feminista, o imaginário da natureza da mulher ser perfeita para parir pode trazer implicações importantes. Esse ponto foi trazido pela antropóloga Davis-Floyd (2002) em sua já mencionada entrevista, onde ela fala sobre a sensação de fracasso dela própria, por não ter tido o parto natural. Uma vez que a natureza é perfeita e permite um parto "natural" e uma amamentação tranqüila, quando uma mulher não consegue ter esse parto que é tão estimulado, ou tem dificuldades para amamentar, isso gera uma sensação de fracasso e culpa. Ainda falando sobre esse assunto, Davis-Floyd usa o termo "Gestapo do parto natural", que é bastante significativo e se refere ao policiamento das mulheres ativistas pelo parto natural, que transforma o direito de ter um parto natural em obrigação de tê-lo.

É possível pensar que de acordo com a visão que se tenha da mulher em sua relação com o parto, serão diferentes as reivindicações feitas pelo movimento feminista. Apesar do feminismo se ocupar das discussões sobre o parto, ele não é tido por muitas adeptas do "parto natural humanizado" como algo que tenha alguma relação com o que??,sendo muitas vezes considerado ainda um "inimigo" das mulheres que tem a maternidade como projeto, como mostra Carneiro (2011) em sua tese de doutorado.

Os estudos referidos até agora mostram que o termo "parto natural" alude ao aspecto fisiológico e à defesa de que o processo ocorra com o mínimo de intervenções médicas, respeitando a "natureza" e a "fisiologia" femininas. O parto "humanizado" por sua vez é polissêmico (TORNQUIST, 2003; DINIZ, 2005).

Tornquist (2003) argumenta que:

> "O ideário do parto humanizado, portanto, contém paradoxos: de um lado, advoga os direitos das mulheres no momento do parto, de outro, parece estar desatento às diferenças socioculturais entre estas mulheres. Se as experiências de humanização se concentram em aspectos técnicos isolados e num modelo universalista de família e de feminilidade, no contexto de uma cultura fortemente centrada no mito do amor materno e na pesada herança higienista da medicina, pode minimizar seu grande potencial que é o do empoderamento das diferentes mulheres no que tange à sua saúde reprodutiva e sexualidade." (TORNQUIST, 2003, p. 426)

Se o conceito de "parto humanizado" tem mais de um sentido, um deles conta com características que fariam com que só as mulheres de classes médias tivessem partos assim denominados. Se o que se entende como "parto humanizado" se resume a aspectos técnicos e protocolos, é possível pensar que mulheres pobres não o tem e não o desejam. Se o "parto humanizado" é entendido da como garantia de direitos humanos e

reprodutivos e empoderamento quanto à saúde reprodutiva e à sexualidade, é possível falar em humanização para falar da experiência dessas mulheres.

Uma discussão necessária é sobre o que está sendo chamado de "parto humanizado", que se relaciona com a expectativa da mulher de qual o atendimento irá receber na instituição para onde vai, e como ela entende – se houver um entendimento prévio – que seja esse parto. Diniz (2005) aponta em seu trabalho que os diversos sentidos da "humanização do parto" fazem parte de uma "explicita reivindicação de legitimidade do discurso" (2005, p. 633) e eventualmente os discursos podem ser conflitantes entre si.

1.1.3 Instituições públicas de assistência ao parto

Há três trabalhos recentes especialmente interessantes para abordar nessa revisão, pois eles tem como objeto instituições públicas de assistência ao parto. Os trabalhos de Hirsch (2014), Mendonça (2014) e McCallum (2007) trazem questões interessantes entre as quais é pode-se transitar.

Hirsch(2014) escreveu um estudo comparativo sobre o parto "natural" e "humanizado" pesquisando mulheres de classe popular que pariram na CP - a mesma onde realizei a pesquisa - e mulheres de classes médias.É sobre a parte da pesquisa em que ela escreve sobre as da CP que irei me ater mais nessa leitura. Hirsch (2014) afirma que na CP as mulheres não vão buscando um parto "humanizado" ou "natural", não sendo essa a proposta delas. Ao invés disso, ela afirma que o que é buscado é um tratamento pessoal e gentil, onde elas sejam "chamadas pelo nome".

Se por um lado as pessoas que Hirsch (2014) pesquisou na CP não tinham afinidade com a proposta do parto natural, por outro lado elas desejavam o bom tratamento que lhes era dispensado, e assim a maioria delas mantinha-se na casa. Algumas que não aderiam à proposta e mesmo fazendo o acompanhamento pré-natal na CP até o final, se dirigiam ou eram dirigidas à maternidades quando entravam em trabalho de parto. Quanto a isso, Hirsch (2014) destaca a importância da adesão da família ao projeto, já que existe a possibilidade da mulher ser conduzida, mesmo à revelia, a um local diferente de acordo com a vontade da família. Talvez, afirma a

autora, esse seja o motivo pelo qual a participação da família nos cursos oferecidos pela equipe seja tão incentivado.

Outra pesquisa em unidades públicas de atendimento ao parto é a de Mendonça (2014), que trabalha com denúncias feitas ao Hospital Maternidade Municipal Maria Amélia por parte de mães cujos bebês morreram na maternidade. Mendonça discute também o valor atribuído às intervenções médicas, sobre os quais já falei na seção sobre medicalização. Como a autora aponta, há mulheres para as quais as tecnologias médicas são vistas positivamente e aquelas para as quais a tecnologia médica é uma forma de exercer o seu controle sobre o corpo e o parto (LUPTON; SCHMIED). Mendonça assinala que essas intervenções, que para as ativistas e adeptas do parto "natural" e "humanizado"são consideradas invasivas e desnecessárias são vistas como uma "ajuda" por parte de muitas mulheres, que se ressentem de não receberem a desejada intervenção.

Finalmente, o estudo de McCallum (2007) é o único dos três que não foi realizado no Rio de Janeiro. Essa pesquisa foi realizada em uma maternidade pública de Salvador e há sobre ele alguns pontos que desejo destacar, em especial das distinções entre pessoas e indivíduos na instituição pública de saúde. O que ela escreve sobre a distinção entre o indivíduo - anônimo, "sem nome", que se perde na multidão -, e a pessoa - relacional, pessoalizada, se relaciona com o que muitas mulheres buscam no seu pré-natal. McCallum articula o tratamento dado pela equipe médica à questão da nomeação. Quando uma parturiente é chamada pelo nome isso faz parte do reconhecimento de que ela é um sujeito relacional, uma pessoa, isso é o que é mais trabalhado no texto, mas há uma consideração, sobre a agência de uma das entrevistadas de McCallum, que desejo retomar. Como Hirsch (2014) escreve, a demanda da maioria das mulheres que buscam a CP é exatamente esse tratamento pessoal, que lhes seria ou lhes era negado nos hospitais públicos.

Luana, uma das mulheres que McCallum entrevistou, relatou ter esperado para ir ao hospital com o trabalho de parto adiantado para permanecer menos tempo lá. Luana tinha receio do tratamento grosseiro que esperava receber lá por estar parindo pela terceira vez, mas no seu discurso se apresentava como uma pessoa dotada de agência. Assim, ela esperou o quanto foi possível antes de se encaminhar para a maternidade e lá se controlou para não gritar, pois ela acreditava que se o fizesse receberia um tratamento pior em represália. Não sei se Luana fez cálculos precisos antes de ir para a maternidade, mas ela tinha algum nível de consciência e de agência guiando

suas ações e isso apareceu discursivamente no momento em que começou a falar sobre o assunto.

O que está presente nesses trabalhos é tanto a questão da agência e da autonomia, - pertinentes quando se trabalha com a maternidade enquanto projeto - quanto aspectos das relações estabelecidas dentro da instituição de saúde. Ambos os aspectos serão trabalhados ao final desse capítulo e essas discussões estão presentes ao longo dos capítulos seguintes.

1.2 **Maternidade e Paternidade**

1.2.1 O sentido de ser mãe e algumas implicações da maternidade como projeto

Existe um imaginário na nossa sociedade de que a gestação, o parto e o amor materno são “naturais” e “instintivos”. Para problematizar essa questão, recorrerei, ao livro *Um amor conquistado: O mito do amor materno* (1985), de Elisabeth Badinter. O título desse livro é sugestivo, pois ele conta como, no passar dos séculos, o papel da mãe na vida da criança foi sendo desenhado, mostrando que o amor de uma mulher pelo seu filho não se origina de um instinto, mas de uma série de fatores sociais que mudam no curso da história. Ela trata esse tema a partir da forma como as mães viviam a maternidade até o século XVIII, quando era recorrente que as mulheres entregassem seus filhos para amas que cuidavam deles durante sua infância, muitas vezes não havendo um reencontro posterior entre mãe e filho. Badinter também comenta a recusa da mulher em amamentar, devido a um pudor existente na sociedade da época, sendo o ato de amamentar considerado sujo. Ora, se o amor materno e o ato de amamentar, por exemplo, fossem "naturais", haveria uma continuidade desses sentimentos e desse comportamento no curso da história, algo que Badinter desconstrói.

A autora apresenta que o amor materno como valor surge a partir do último terço do século XVIII, mostrando ainda que, mesmo com a nova valoração atribuída ao cuidado com os filhos, foi lento o processo de mudança dos comportamentos observados até então:

> “Após 1760, abundam as publicações que recomendam às mães cuidar pessoalmente dos filhos e lhes "ordenam" amamentá-los. Elas impõem, à

> mulher, a obrigação de ser mãe antes de tudo, e engendram o mito que continuará bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho.". (BADINTER, 1985, p. 145)

Foram necessárias décadas até que essas novas obrigações fossem assimiladas e aceitas pelas mães como parte da maternidade e para que esta fosse reconhecida como parte constitutiva da identidade feminina. Após a transição da maternidade como um papel social que não era valorizado para a maternidade como vocação, se dá um movimento, esse já mais atual, de renegociação de seus sentidos e sua importância. Scavone (2001) situa esse movimento como tendo início com os métodos contraceptivos e a possibilidade do controle da fecundidade por parte da mulher, embora houvesse lutas feministas no sentido de modificar e ressignificar o papel da mulher na sociedade anteriores a isso. Os modernos métodos contraceptivos realocam o espaço da maternidade, que deixa de ser o único caminho possível[3].Com essa mudança, ter um filho pode fazer parte de um projeto da mulher, em que ela tem a possibilidade de escolher. Sobre isso, Scavone (2001) afirma que ser mãe ou não passa a ter uma dimensão reflexiva, que nos termos tomados de Giddens, "consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e revisadas à luz de novas informações sobre estas próprias práticas, alterando constitutivamente seu caráter" (SCAVONE, 2001, p. 50)

A transformação da maternidade como um papel social dado em projeto que possui uma dimensão reflexiva traz implicações para as mulheres, dentre as quais gostaria de ressaltar o aparecimento de emoções que emergem junto com o projeto. O projeto é entendido, como propõe Velho (1999) tomando emprestado o conceito de Shutz, como "a conduta organizada para atingir finalidades específicas" (VELHO, 1999, p. 40)

Uma dessas emoções que me parece estar ligada à maior reflexividade sobre a gestação e o parto é a ansiedade. Em seu trabalho sobre a ansiedade observada em um grupo de gestantes, Rezende (2012), escreve que: "[...] nas sociedades ocidentais modernas, ela [ansiedade] aparece atrelada a uma maior reflexividade, que expõe o caráter construído das práticas sociais e sistemas de conhecimento e que tem na

[3] Os métodos abortivos, em especial os fitoterápicos, antecedem a pílula, a ênfase na pílula é devido à ligação que Scavone (2001) propõe em que a pílula anticoncepcional cria o dilema em torno de ser ou não mãe. Mesmo antes da pílula houve momentos na história em que a recusa à maternidade se revelou grande, o que se observa por crescimentos pontuais do número de abordos realizados. Isso mostra que não foi a pílula que criou a possibilidade de não ter filhos, mas talvez ela tenha feito parte da emergência da possibilidade como questão, já que não envolve a mesma condenação social que o aborto (SCAVONE, 2001).

identidade do sujeito um foco importante."(REZENDE, 2012, p. 444). A possibilidade de escolha traz um aumento da reflexividade, o que pode trazer ansiedade quanto a pontos anteriormente naturalizados. A ansiedade aparece assim como uma emoção importante de ser trabalhada em grupos de gestante, que visam tambem preparar a mulher para o parto. Rezende (2012) destaca que a informação é sempre tida nesses grupos como algo que diminui a ansiedade, havendo uma ligação entre o conhecimento transmitido pelo especialista e a atenuação de tal sentimento, sendo descartada a possibilidade do aumento dela devido ao recebimento das informações. Essa ênfase no conhecimento como algo que atenua a ansiedade e o medo é observado, no que concerne à gestação, desde que Dick-Read (1959) afirmou que conhecer e entender o processo fisiológico do parto atenuaria o medo e, conseqüentemente, a dor.

Apesar dessa atenção especial à ansiedade, é interessante perceber que a gravidez em si é vista como algo que deixa a mulher mais emotiva,como aponta Rezende:

> "De modo geral, a gravidez é tratada como uma fase da vida pontuada naturalmente por muitas emoções. O estado emotivo é entendido como natural em dois sentidos. Em termos biológicos, as mudanças hormonais na gravidez são vistas como uma verdadeira "revolução interna" que tem efeitos diretos sobre as emoções. [...] A maior emotividade na gestação também é tida como natural no sentido de um padrão esperado, que seria comum a uma experiência desconhecida[...]" (REZENDE, 2010, p. 239)

Saliento esse ponto porque as emoções são relacionadas, como expõe Rezende (2010) aos hormônios e ao desconhecido e isso introduz um estudo comparativo sobre gestação, realizado pela antropóloga Tsipy Ivry (2010).

Nesse estudo a autora compara as narrativas sobre a gestação em Israel e Japão, tanto sob a perspectiva das gestantes quando da perspectiva dos médicos e os hormônios não foram utilizados por nenhum dos dois grupos de nenhum dos dois países pesquisados como viés para explicar as emoções esperadas e sentidas durante a gestação. As emoções são explicadas pelo desconhecimento com relação ao futuro, a preocupação de que o bebê tenha alguma característica genética considerada um problema, o excesso de intervenções e prescrições com relação à gestação, as freqüentes idas ao ginecologista, dentre outros fatores dentre os quais as flutuações hormonais não fazem parte.

A forma como a gestação é vivenciada em Israel e no Japão ajuda a pensar nos discursos sobre a gestação e na gramática das emoções como artefatos culturais. Ao mesmo tempo, esse estudo permite analisar o que Rezende (2012) expõe em seu trabalho sobre a ansiedade ao fazer a síntese de um pensamento de Lutz & White:

> "[...]é possível pensar na recorrência de alguns sentimentos, porque, em todas as sociedades, há questões da vida social com as quais as pessoas têm que lidar. Ou seja, existem conjuntos de problemas em torno das relações sociais e de significados existenciais que os sistemas culturais tentem a apresentar em termos emotivos." (REZENDE, 2012, p. 439)

1.2.2 Amamentação

As mulheres enquanto mães tem seus corpos vinculados à manutenção da saúde do bebê. Quando na vida intra uterina, os cuidados que contribuem para o nascimento de um feto saudável dizem respeito à boa alimentação e à busca pelo controle do corpo e das emoções da gestante (REZENDE, 2012) . Conforme mostram estudos na área de nutrição, o desejo de alimentar-se de modo arriscado - especialmente com uma quantidade insuficiente de nutrientes ou com um excesso de calorias, gorduras e açúcares - gera culpa por parte das gestantes por terem colocado seus filhos em situação de risco (BAIÃO; DESLANDES, 2008).

Essa responsabilidade da mulher com relação à sobrevivência e à saúde do bebê permanece após o nascimento. O aleitamento desponta como modo de continuar o cuidado do bebê e expressar amor, que são percebidos como sentimentos exteriorizados através do leite materno, como sugerem Cadoná e Stray (2014). Estas autoras apontam ao analisar a produção da maternidade a partir dos discursos de incentivo à amamentação, que amamentar é referido - nas campanhas nacionais promovidas pela Sociedade Brasileira de Pediatria - como parte da construção da "mãe perfeita". O consumo do leite materno é incentivado pelas suas propriedades nutricionais, sendo um interesse da saúde pública, já os argumentos utilizados pelas campanhas promovidas com o apoio do Ministério da Saúde associam o aleitamento a aspectos morais.

Almeida e Novak (2004) oferecem uma explicação para essa associação entre o aleitamento e aspectos emocionais no binômio mãe-bebê. Os autores mostram que inicialmente as campanhas de amamentação eram centradas na natureza, reduzindo o ato de amamentar a características biológicas e os benefícios do aleitamento a vantagens descobertas pela ciência. Percebeu-se, entretanto, que essa abordagem não estava sendo suficiente para estimular a cultura da amamentação, pois após décadas de profundo

desestímulo à prática - desestímulo esse herdado da época da colonização, devido ao modelo europeu de maternidade - a recusa em amamentar não seria facilmente dirimida. É nesse contexto que são reforçadas as campanhas que associam o aleitamento a uma demonstração pública de amor, cuidado e afeto. Como Cadoná e Stray colocam:

> "O sujeito materno é aqui posicionado enquanto aquele que, por intermédio da amamentação, transmite amor e saúde para a criança; mas não é qualquer tipo de saúde: é uma saúde dada em forma de amor. Amamentar, em outras palavras, vem a confirmar a ideia de que uma boa mãe amamenta, pois proporciona à criança muito mais do que alimento. É como se a mãe se doasse para a criança e desse a ela algo único, que o seu próprio corpo produz" (CADONA; STRAY, 2004, p.485)

O fato de o papel da mãe estar fortemente marcado pela amamentação não significa, entretanto, que esse processo ocorra livre de contradições. A primeira dessas contradições é a que aponta Silva (1990), em que a maternidade é considerada como uma vocação sagrada mas as funções domésticas não gozam de nenhum prestígio, recompensa financeira ou reconhecimento social. Dedicar-se à maternidade como atividade exclusiva demanda uma diminuição ou a cessão das atividades profissionais, um sacrifício de si pelo bebê que não é nem natural nem fácil. É devido a essa percepção das coisas às quais se devia renunciar para desempenhar a função de nutriz que a amamentação foi vista, durante algumas décadas, como um fardo (SILVA, 1990). As mulheres carregavam esse fardo muitas vezes devido à aceitação do aleitamento materno como algo que tem um papel prático, evita doenças e alergias, nutre o bebê de forma econômica, etc. Mas a passagem da amamentação de fardo para desejo está relacionada o modo como esse ato é entendido socialmente. Em sua análise da amamentação dentro de um contexto histórico, Silva escreve que:

> " As mulheres mais instruídas e conscientes de seus direitos estavam saturadas e se recusavam a exercer tão somente a missão de mãe e nutriz, inclusive porque estas tarefas eram exaustivas e não lhes davam em troca nenhuma recompensa social. Assim sendo, experimentou-se uma revalorização social da mulher no lar, que passou a ser notada, elogiada e estimulada nestas funções, até então desconsideradas. Transformou-se, na percepção feminina, o fardo em desejo." (SILVA, 1990, p.79)

É possível articular aqui duas estratégias empregadas no sentido de estimular o aleitamento materno. A primeira diz respeito ao foco na moral relacionada ao ato de amamentar, não apenas na eficiência do leite materno como alimento. A segunda diz respeito a uma revalorização da mulher que desempenha atividades relacionadas ao lar, de modo que a abdicação da atividade profissional não seja mais vista apenas da perspectiva da perda de reconhecimento social. Apesar dessa revalorização da atividade doméstica e da vida dedicada ao lar e à maternidade, as necessidades materiais fazem com que muitas mulheres tenham que retornar aos seus trabalhos após a licença

maternidade. É devido a isso que Silva (1990) relaciona o desmame precoce às mulheres cujas famílias dependem de seu trabalho para a manutenção da casa, as mulheres das camadas populares vêem-se então forçadas a amamentar menos tempo do que o recomendado. Essa necessidade de retornar ao trabalho gera uma culpa nessas mulheres, que convencidas da indispensabilidade do aleitamento - não apenas no leite materno em si, mas do contato entre a boca do bebê e o seio - percebem-se como mães não tão boas.

Ainda com relação à culpa, o estudo de Nakano (1996) aponta que as mulheres, ao falarem sobre o desmame, costumam usar o empedramento e a "fraqueza" do leite, bem como a recusa do bebê em mamar como os motivos de não amamentar. Entretanto, quando questionadas sobre o porque outras mães não amamentam, as mesmas mulheres não citam nenhum desses motivos como responsáveis, atribuindo o desmame à falta de vontade de amamentar, à inconveniência do ato, ao cansaço ou à necessidade de retornar ao trabalho. A autora interpreta que os motivos que suas entrevistadas informam para evitar a amamentação podem ser um discurso para aliviar - para si - a culpa por não amamentar ou para não transmitir uma imagem negativa. Não é possível afirmar que a culpa é resultado apenas da interpretação que as mulheres que não amamentam fazem da amamentação. O que ocorre é que as próprias propagandas que estimulam o aleitamento colaboram para essa culpabilização das mulheres que, por impossibilidade ou por falta de vontade, optam por não amamentar.

No caso das mulheres que não conseguem amamentar a culpa recai sobre elas porque, como Cadoná e Stray (2014) afirmam, "segundo o que se expressa nos folders, basta a mulher acreditar que consegue amamentar para concretizar essa função" (CADONA; STRAY, 2014, p. 486), de modo que o insucesso da amamentação é compreendido como uma falha da mulher, que não soube amamentar ou não teve confiança suficiente no seu potencial como nutriz. No caso das mulheres que escolhem não amamentar, a culpa se relaciona com o futuro de seus filhos, pois os discursos propagados - inclusive nos folders analisados pelas autoras - relacionam a saúde física, a saúde mental, a inteligência e até mesmo o futuro profissional das crianças ao aleitamento. Como Cadoná e Stray (2014) chamam atenção, apesar do incentivo à participação do marido na criação dos filhos, o fato de a culpa pelo insucesso da amamentação e por um possível fracasso dos filhos ser sempre atribuída à mãe, torna evidente que a responsabilidade pelo cuidado com as crianças permanece sendo das mulheres.

Cabe ressaltar que a freqüente associação entre aleitamento materno e sucesso profissional/sucesso financeiro, predominante nos meios em que se difundem a "humanização do parto" e o estímulo à amamentação, traz uma relação de causalidade onde parece haver, de fato, uma correlação. Essa conclusão é possível a partir da leitura atenta dos autores articulados nessa seção, os quais relacionam o desmame precoce à necessidade de retornar ao trabalho. É uma inferência possível que mulheres que podem abdicar da carreira, mesmo que temporariamente, em prol da amamentação gozam de uma situação socioeconômica em que o trabalho delas não é indispensável para a manutenção das despesas de suas casas.

Faz sentido também supor que grande parte dessas mulheres, que podem amamentar exclusivamente e em livre demanda por um período superior ao da licença maternidade, poderá arcar com despesas de educação formal e cursos complementares. Esses investimentos colocarão seus filhos em condições de alcançar o sucesso profissional e financeiro. Outro argumento que embasa essa inferência é que, como Silva (1990) expõe, durante muitos anos as mulheres pobres - ainda fora do mercado formal de trabalho - amamentavam seus filhos, e essas crianças não tornavam-se melhor sucedidas do que aquelas que não foram amamentadas mas nasceram em famílias abastadas.

1.2.3 A questão da paternidade

É verdade, para o grupo que é objeto desta análise, que antes da concepção há uma mulher e um homem, entretanto, com o enfoque preferencial ao discurso das mulheres no que diz respeito à fecundidade, perde-se um pouco a dimensão do papel do homem após a concepção. Como Oliveira (2007) afirma, a sexualidade é vista como assunto dos homens e a reprodução como sendo das mulheres, de modo que a participação masculina parece se resumir à sua disponibilidade e disposição de fecundar a mulher. O que se busca com essa seção é trazer os homens à cena, articulando estudos que falem sobre paternidade, tanto da perspectiva biológica - que é importante tendo em vista capítulos futuros deste trabalho - quanto da perspectiva da criação e recriação de laços e sentidos atribuídos à paternidade.

Há formas distintas de estabelecer relações de parentesco, e abundam etnografias sobre esse tema. Em diversas dessas etnografias, percebe-se que há uma dissociação do ato sexual e do sangue e da paternidade, ou ainda uma separação entre o pai biológico e o pai social (MALINOWSKI, 1976), que podem ser pessoas diferentes. O objeto dessa seção são os casos em que há uma relação entre o pai social e o pai biológico, ou ao menos é esperado que ambas as funções sejam desempenhadas pela mesma pessoa. Apesar dessa expectativa, freqüentemente o pai biológico abre mão de desempenhar o outro papel, que algumas vezes passa a ser desempenhado pelo padrasto da criança.

Há mais publicações sobre reprodução com enfoque em mulheres do que em homens, tanto no que tange às pesquisas populacionais quanto no que tange à pesquisas na área de gênero, o que pode estar relacionado à percepção de que a fecundidade é "um assunto eminentemente feminino" (OLIVEIRA, 2007, p. 224). Uma implicação dessa ênfase dos estudos sobre reprodução é que têm-se mais trabalhos sobre maternidade do que sobre paternidade. Uma das abordagens sobre a paternidade, e que tem especial importância considerando os dados obtidos no trabalho de campo realizado, relaciona-se à paternidade geneticamente comprovada. Como Fonseca (2004) afirma em seu estudo sobre testes de paternidade, realizado entre homens de camadas populares no Sul, a sexualidade masculina foi estudada durante muitos anos sob a perspectiva da sexualidade não-reprodutiva. Em outras palavras, se o estudo da sexualidade feminina era frequentemente relacionado com a reprodução, a masculina era analisada como uma busca em si, sendo fim por si só.

Fonseca (2004) argumenta que os homens buscam exercer a sexualidade não - reprodutiva até que em algum momento optam por abrir mão das vantagens do status civil de solteiro para iniciar uma família, entendida inicialmente como a junção com uma mulher. É apenas após a constituição da família que eles aceitam a vinda dos filhos, que muitas vezes não fazem parte de um projeto deles, pois apesar de possivelmente gabarem-se da virilidade expressa na gravidez da esposa, a paternidade não é parte obrigatória de um modelo de masculinidade.

O estudo de Fonseca (2004) discute como a questão da paternidade vem se modificando a partir dos exames de DNA. A autora reforça que a relação com a criança pode ocorrer de modo próximo mesmo sem haver uma ligação genética entre pai e filho - no caso de pais de criação e padrastos - e pode ocorrer de modo distante ou conflituoso mesmo com uma ligação genética:

> "O sangue conta, sim – tanto que a paternidade ‘social’, na maioria dos casos, se calca na crença de uma relação biológica. No entanto, há homens que, por não terem

> afinidades com a mulher, rejeitam qualquer relação com o filho; e, contrariamente, existem homens (em particular padrastos) que assumem o status paterno, mesmo sabendo que não existe fundamento biológico nenhum para essa relação. Ao que tudo indica, a biologia nunca foi o sinequa non da paternidade – certamente não da perspectiva dos homens." (FONSECA, 2004, p.19)

Essa relação entre paternidade e descendência tem ainda outra face, que é o reconhecimento de um laço de parentesco a partir da semelhança física entre o pai e sua família e a criança. Fonseca (2004) oferece alguns exemplos dessa relação, dois deles são particularmente interessantes. O primeiro diz respeito aos pais que, mesmo sem nenhuma evidência de que são biologicamente pais de uma criança assumem a paternidade devido à semelhança entre si e a criança, como "o caso de um senhor que, ao constatar a incrível semelhança física entre ele e seu filho, já tinha feito um acordo amigável com sua ex-namorada[...]". O segundo diz respeito aos pais que, mesmo tendo optado por registrar e manter um relacionamento com a criança, optam por fazer o teste de DNA para acabar com a dúvida que surge devido a ausência de semelhança com o filho, como no caso de Alceu, em que de fato a paternidade biológica foi negada pelo exame de DNA.

> "Os anos foram passando, o menino cresceu, e Alceu constituiu uma nova família. Até que um dia, revendo os álbuns de família e notando a falta de semelhança entre o menino e qualquer parente seu, "foi cogitada a idéia de que o menor talvez não fosse seu filho legítimo [...]" (FONSECA, 2004, p.27)

É plausível assumir que a semelhança entre pais e filhos é quase tão importante para que seja reconhecida a paternidade biológica quanto os testes de DNA. No caso de mulheres casadas com os pais presumidos de seus filhos ou em que o pai já registrou a criança, as características físicas tornam-se ainda mais importantes. Isso ocorre porque nessa situações específicas o exame não é feito gratuitamente, com o intuito de desestimular os pais a realizarem-no. Nesses casos, como o próprio pai teria que arcar com as despesas do teste, e em muitos desses casos a semelhança da criança com o pai e com a família paterna desempenhará um papel fundamental no reconhecimento da paternidade.

Até aqui tratou-se exclusivamente sobre a paternidade biológica, sem menção às relações entre pais e filhos. Parte da dificuldade em escrever sobre esse assunto advém do fato de a paternidade ser colocada, na maior parte dos trabalhos encontrados, como uma reivindicação de mães - que desejam ter com quem dividir as tarefas relacionadas à criação das crianças - ou de filhos - que falam sobre o relacionamento que tem e o relacionamento que desejam ter com seus pais. Foram escolhidos então quatro trabalhos que tratam da paternidade a partir dos discursos dos homens.

Dois desses estudos discutem/analisam o distanciamento dos filhos, tratando do que leva os pais a abdicarem do exercício da paternidade, que ocorre após o divórcio da mãe da criança. O terceiro é sobre pais que participam da criação dos filhos, por que e como o fazem e como percebem essa participação.O que fica evidenciado nos dois primeiros estudos, de Cúnico e Arpini (2013) e de Cúnico, Arpini e Cantele (2013) é que os pais que, após separados de suas esposas, passam a não manter contato presencial ou telefônico com o filho, tinham alguma participação quando casados.

Os motivos que esses entrevistados relatam como motivos para não falar com seus filhos após o divórcio são vários, mas os mais recorrentes são: falta de vontade, falta de tempo, mau relacionamento com a mãe da criança e incapacidade de posicionar-se afetivamente diante dos filhos. Dessas quatro explicações, a última tem relação com o que Sutter e Bucher-Maluschke (2008), autoras do terceiro trabalho que será articulado aqui, explicam sobre a relação entre masculinidade e paternidade. Essas autoras, que entrevistam pais que cuidam dos filhos, explicam que a maior dificuldade dos homens é com relação ao modo de demonstrar afetividade.

Apesar dos homens que participam da criação dos filhos desejarem romper com os modelos de paternidade que valorizam a frieza e a autoridade (SUTTER; BUCHER-MALUSCHKE, 2008), eles enfrentam não apenas a dificuldade de aprender como exercer outras formas de paternidade, como também enfrentam a dificuldade de conjugar a prática de uma paternidade afetiva com um modelo recorrente de masculinidade. Nesse contexto, os pais que não participam parecem estar mais confortáveis e menos confusos do que aqueles que participam. O pagamento de uma pensão, no caso dos pais divorciados, atende à expectativa de macho provedor, do qual não se espera uma relação afetiva - muitas vezes essa relação não é esperada mesmo entre pais casados com as mães de seus filhos. Já no caso dos pais que participam da criação dos filhos e dividem tarefas domésticas com as esposas, o desconforto advém não só do aumento do trabalho a ser realizado, mas também da dificuldade em compreender como eles se encaixam na família e como eles se definem como homens.

Costa (2000) ao entrevistar homens casados, com ou sem filhos, entre eles alguns pertencentes às camadas populares, obteve resultados diferentes dos obtidos a partir das entrevistas realizadas apenas com homens das camadas médias. Costa encontrou homens que afirmavam ser dever do pai o provimento material e a formação moral dos filhos. Para esses homens, a grande preocupação era com relação a falhar no sustento da família, estando assim em falta com os filhos. Outro aspecto a ser ressaltado

do trabalho de costa é que com exceção de um entrevistado, todos os homens que ela entrevistou acreditam que é dever da esposa ficar em casa para cuidar dos filhos pequenos, sendo esse um pressuposto tanto quanto o trabalho masculino fora de casa. O que preocupava alguns os entrevistados era que, no caso de não conseguirem prover a família apenas com seus trabalhos, as esposas teriam que trabalhar também, o que acarretaria prejuízo para a formação e a educação dos filhos.

Outra contribuição de Costa (2000) diz respeito à sua análise da prática desses homens, que mostra, como afirmado em seu trabalho, que apesar da associação do pai à capacidade de prover, educar moralmente e dar carinho e da mãe ao cuidado, "a fala dos entrevistados mostrou que no dia-a-dia esse arranjo não é rígido. Muitos homens referiram que cuidam dos filhos: dão banho, levam para passear, trocam fraldas, dão mamadeira; também fazem comida, limpam a casa." (COSTA, 2000, p. 9). Muitos deles ainda relatam que gostam de cuidar dos filhos e que são muito apegados a eles. Ao elucidar essa distância entre o discurso sobre o que eles consideram ser papel de pai e o que de fato ocorre em suas vidas diárias, Costa traz uma possibilidade interessante: o fato dos pais de camadas populares valorizarem discursivamente a visão do papel de pai provedor não implica em um distanciamento emocional dos filhos ou ausência de cuidado.

1.3 **Agência e campo de possibilidades**

A questão da escolha das mulheres por um tipo específico de parto traz a tona os conceitos de projeto, a partir de Gilberto Velho (2008),Ortner (2006)e Sewell (1992).

Velho (2008) parte da ideia de que os indivíduos podem escolher, ainda que suas escolhas estejam inseridas e sejam elaboradas dentro de um campo de possibilidades. É possível pensar também que coisas que são importantes para pessoas de um grupo social podem não ser importantes para pessoas inseridas em outros grupos. O trecho a seguir, resume essa ideia:

> "De qualquer forma, o projeto não é um fenômeno puramente interno, subjetivo. Formula-se e é elaborado dentro de um campo de possibilidades, circunscrito histórica e culturalmente, tanto em termos da própria noção de individuo como dos temas, prioridades e paradigmas culturais existentes." (VELHO, 2008. p. 27)

É necessário ressaltar que há escolhas que não são igualmente viáveis, por diversos fatores, a pessoas em diferentes faixas de renda. Jon Elster (1994), escreve que as pessoas tomam decisões e fazem escolhas baseadas em oportunidades e preferências, mas que algumas vezes a coerção é tão forte que o filtro da preferência não chega a ser acionado. Esse ponto está sendo colocado porque há algumas coerções sobre as mulheres que fazem parto em instituição pública de saúde. Em primeiro lugar elas dificilmente farão uma cesariana a pedido na rede pública, enquanto para mulheres que tenham plano de saúde isso é uma possibilidade. Em segundo lugar elas não podem escolher o médico que irá acompanhá-las durante o trabalho de parto, pois na rede pública elas serão atendidas pelo plantonista. Esses são dois exemplos de situações em que o filtro da preferência não chega a ser acionado, mas isso não implica em dizer que não haja um campo de possibilidades, mesmo que ele seja menor.

A agência é entendida a partir de concepções debatidas por Ortner, que faz distinção entre concepções *soft* e *hard* de agência. Englobadas no primeiro tipo estão“’a percepção de que o self é um ser social autorizado’ (ORTNER, 2006, p. 10); ‘a capacidade sócioculturalmente mediada de agir’ (AHEARN apudORTNER, 2006, p. 52);” Já no segundo tipo estão as concepções que conferem à intencionalidade um espaço central, embora não necessariamente a intencionalidade ativa seja totalmente consciente.

Finalmente, é necessário relacionar agência com poder, algo que só faz sentido se forem escolhidas as concepções *hard* de agência. Como Ortner propõe: "Em um nível, a própria agência pode ser definida como uma forma de poder; os “agentes” poderiam ser descritos resumidamente apenas como “sujeitos empoderados”". Articulando essa questão com o campo pesquisado, a concepção *hard* de agência parece ser a que melhor descreve o tipo de agência exercida pelo grupo pesquisado, onde o "empoderamento" coloca-se como questão central.

O conceito de agência e a ideia do que é ser um agente permitem a inferência de que a agência varia de acordo com condições externas, havendo uma distância entre a menor possibilidade de ser agente e inexistência de agência. A ideia é que há circunstâncias das quais dificilmente se consegue desvencilhar e que limitam a capacidade de agência do indivíduo, sendo compreensível entender que o campo de possibilidades dentro do qual o agente exercerá sua capacidade de agência está mais restrita a uma pessoa ou grupo do que a outro.

O antropólogo Gilberto Velho ao trabalhar com o conceito de projeto – que seria a conduta organizada para alcançar determinados objetivos, podendo a trajetória de um individuo ser observada em termos da execução desse projeto – fala também de campo de possibilidades, que seria o espaço de elaboração e execução dos projetos. É tendo em vista esse campo de possibilidades que se pensa um projeto, sendo possível perceber que já há ai uma ideia de agência. O conceito de intencionalidade com o qual dialogo é o que Ortner (2006) coloca:

> " “Intencionalidade”, aqui, pretende incluir uma ampla gama de estados, tanto cognitivos como emocionais, e em vários níveis de consciência, que estão orientados para algum fim. Assim, em agência, intencionalidade poderia incluir enredos, planos e esquemas altamente conscientes; metas, objetivos e ideais um pouco mais nebulosos; e, finalmente, desejos, vontades e necessidades que podem variar de profundamente encobertos a bastante conscientes. Em suma, intencionalidade como conceito quer incluir todos as maneiras como a ação aponta, cognitiva e emocionalmente, para algum propósito." (ORTNER, 2006, p. 52)

A intencionalidade então não é necessariamente algo consciente, sendo tratada aqui como algo que difere em níveis. No mesmo trabalho, Ortner (2006) coloca que a agência é sempre cultural e histórica, variando de forma de acordo com o lugar e a época onde o agente está inserido. Quanto à possibilidade de o conceito de agência diminuir a importância e o peso da estrutura, que é uma das críticas feitas aos estudos sobre agência, considero que Ortner (2006) traz uma colocação de Sewell que explica que é possível evitar isso:

> ""[...] por mais desigualmente que estejam distribuídos os recursos, alguma parte destes, tanto humanos como não humanos, é controlada por todos os membros da sociedade, por mais destituídos e oprimidos que sejam. De fato, parte do que significa conceber os seres humanos como agentes está em concebê-los como empoderados pelo acesso a recursos de um ou de outro tipo"" (SEWELL apud ORTNER, 2006, p. 57).

Todas essas idéias convergem para a conclusão de que a agência não tem a ver com uma capacidade ilimitada de agir, tampouco com algo que é puramente do indivíduo. A inserção de uma pessoa em um grupo delineia um campo de possibilidades (VELHO, 2008) dentro do qual se elabora o projeto, lembrando que o campo de possibilidades não é algo estático, apesar de relativamente estável, podendo ser expandido. É interessante pensar também que, se por um lado os fatores externos podem configurar limitações, por outro lado eles podem trazer novas possibilidades e isso interfere no alcance da agência e nas dimensões do campo de possibilidades.

1.3.1 Autonomia

Se o tema da agência for transposto para o campo da saúde, para tratar especificamente da capacidade de agir em suas instituições, passa-se a trabalhar também com o conceito de autonomia. Ambos os conceitos, agência e autonomia, estão intimamente ligados. Ocorre entretanto que a agência em uma instituição de saúde é limitada, porque a autonomia - princípio que garante o exercício de agência nesse contexto - é apenas um dos princípios que guiam a atividade médica, e nem sempre ele será decisivo para a tomada de alguma decisão por parte da equipe médica.

Em seu trabalho sobre modificações corporais em pessoas transexuais e os limites e violações de direitos nesse contexto, Ventura e Schramm (2009) escrevem a respeito da teoria dos quatro princípios, ou principialismo. Essa é uma teoria bioética utilizada para resolução de conflitos, e é uma das mais utilizadas. Os quatro princípios que norteiam a atividade médica seriam o respeito à autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. Dentro dessa teoria, a beneficência aparece como o princípio que norteia a prática médica, a meta que os profissionais devem buscar, a qual é limitada pelo direito à autonomia do paciente. Esses princípios são utilizados para resolver conflitos e há vezes em que o direito à autonomia é posto de lado em detrimento da beneficência do paciente, algo que é prerrogativa do médico desde que haja justificativa ética e legal para tal.

No caso de Ventura e Schramm (2009), a autonomia é violada porque se exige um diagnóstico psiquiátrico de transexualismo para a realização de modificações corporais relativas à identidade sexual. No caso das mulheres grávidas, um exemplo de violação do princípio da autonomia são os procedimentos de rotina - como episiotomia e aplicação de ocitocina sintética -, mencionados anteriormente, realizados sem o consentimento ou contra a vontade da parturiente. Essa violação não atende a nenhum dos outros três princípios da teoria bioética quando realizado pela força do hábito, pois não havendo risco de morte iminente para gestante ou bebê, o princípio da autonomia deveria ser o norteador da prática médica.

A autonomia na esfera da saúde supõe escolha consciente do usuário com relação às práticas de saúde, sendo esse usuário visto como o alvo da terapêutica e não um intermediário da ação das drogas sobre a doença (Soares JCRS, Camargo Jr KR, 2007). Em síntese, a autonomia pressupõe que a relação entre profissionais de saúde e

usuários se dê de forma democrática, com limites à atuação do medico sobre o usuário e levando em consideração a subjetividade deste.

1.3.2 A relação médico-paciente

A relação médico paciente foi subdividida em quatro modelos por Robert Veatch, em 1972, o sacerdotal, o engenheiro, o colegial e o contratualista. Posteriormente, a partir de uma nova divisão, passou-se a falar de três modelos e os nomes dados por Veatch foram mudados, passando a ser: a) a modelo paternalista: supõe a total submissão do paciente e a tomada de decisões exclusivamente por parte do médico, que age em prol da beneficência. b) informativo: supõe a tomada de decisões por parte exclusivamente do paciente, de modo que a função do médico é limitada à informação e realização dos procedimentos. c) compartilhado: nele o conhecimento e as habilidades técnicas do médico são valorizadas, mas o paciente participa da tomada de decisões exercendo seu direito à autonomia.

Independente de qual modelo vigore, a relação entre eles é assimétrica, e a comunicação - ou a ausência dela - é o que colabora para essa desigualdade. Conforme Aisengart (2011) afirma em seu trabalho sobre tomada de decisão no âmbito da saúde:

> A relação entre médico e paciente é desigual: o primeiro possui os dados e os conhecimentos referentes ao problema que aflige o segundo. Por um lado, o profissional sabe quais são as hipóteses clínicas, o diagnóstico, o prognóstico e as opções terapêuticas. Por outra perspectiva, o doente somente pode ter condições de decidir a partir da comunicação efetuada pelo médico. (AISENGART, 2011, p.7)

A implicação dessa assimetria, em especial com relação à tomada de decisão, é que a escolha do paciente - no concernente a este trabalho, gestantes -, está limitada pela comunicação do médico com relação às suas opções. Ainda sobre a comunicação, Caprara e Franco (1999), afirmam, citando Helman (1944), que muitos problemas na relação médico-paciente surgem em decorrência de problemas na comunicação verbal e não verbal, sendo eles: "a) a incompreensão por parte do médico das palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor, o sofrimento; b) a falta ou a dificuldade de transmitir informações adequadas ao paciente; c) a dificuldade do paciente na adesão ao tratamento" (CAPRARA; FRANCO, 1999, p 651).

Pensar na relação médico-paciente acaba sendo então, em larga medida, pensar nos aspectos da comunicação entre ambos, de modo que o ocultamento e a mentira, dos quais ambas as partes dessa relação se valem, estão inseridos em uma dinâmica, que ocorre de maneira assimétrica, mas ocorre. Diversas práticas que ocorrem nesse enredo de mentiras e meias verdades, quando proferidas pelos profissionais, ferem as disposições do Capítulo IV do Novo Código de Ética Médica, atualizado em 2009. Os artigos 22, 23 e 24 do Código citado afirma ser vedado ao médico: deixar de obter consentimento do paciente ou de seu responsável legal para a execução de um procedimento sobre o qual esses estão previamente esclarecidos; tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, bem como não garantir o direito do paciente de decidir livremente sobre sua pessoa e seu bem estar.

Desse modo, pode-se notar que a relação médico-paciente não apenas é assimétrica como, em alguns momentos, fere o próprio Código de Ética que pressupõe-se ser dever dos profissionais seguir. Aisengart (2011) avalia a questão da informação e do consentimento tomando por base um caso da década de 1970, anterior ao referido Código de Ética, em que uma paciente com displasia mamária foi submetida a uma mastectomia radical, tendo acordado da anestesia sem uma das mamas. Após questionar o médico sobre isso, recebeu como resposta que não havia tempo para essas coisas, pois o tumor ainda era benígno mas tinha grandes chances de tornar-se malígno. Com essa justificativa, o médico conseguiu não apenas que a paciente não protestasse contra essa decisão, mas também obteve seu apoio para tal violação.

É possível relacionar esse caso à uma situação recorrente no contexto da obstetrícia, em que são realizados procedimentos sem informação ou consentimento da parturiente. Clotet (1995), em um de seus trabalhos sobre bioética, afirma que infelizmente não é raro no Brasil que médicos não utilizem, na prática corriqueira, o consentimento informado, fazendo ainda o adendo de que esse consentimento usualmente só se faz necessário em casos de procedimentos invasivos ou extraordinários. Nesse contexto, levando em consideração a falha na comunicação e as omissões, que não são raras no atendimento, é possível compreender por que as gestantes entrevistadas por Hirch (2014) e por Gusmão (2015) se referem à informação como uma peça fundamental na busca pelo "parto natural" ou"humanizado".

Se para poder consentir e participar da tomada de decisão é necessário que o paciente seja informado sobre as possibilidades, riscos e benefícios, essa informação precisa vir de alguma fonte. Quando essa fonte não é o profissional de saúde, costumam

ser páginas e grupos virtuais os fornecedores de informação (AMARAL, 2015). Nesses casos, é comum o uso da expressão "se munir de informação", que pode ser interpretada a partir da compreensão de que a relação médico-paciente é perpassada por um jogo de poder, no qual a mentira tem um papel crucial na tomada de decisões. (AISENGART, 2011). A informação é a "arma", nessa analogia belicista feita pelas gestantes, para neutralizar a mentira e tentar reorganizar essa relação, inserindo um novo elemento a esse jogo de poder.

2 GESTAÇÃO, GÊNERO E PARTO "NATURAL" NAS OFICINAS

Nesse capítulo serão apresentadas considerações e observações feitas em duas oficinas, dentre sete existentes na Casa de Parto. No projeto apresentado para receber a aprovação da diretora da instituição, usei o termo "curso" para me referir ao que, vim a descobrir ao longo do trabalho de campo, chamavam de oficina. O motivo da distinção é que curso transmitia a ideia de que as enfermeiras iam ensinar coisas às gestantes em uma dinâmica onde haveria uma centralização do conhecimento, e o que ocorria era - nas palavras da enfermeira - uma construção do conhecimento. Essa construção ocorria junto com as gestantes e seus acompanhantes, aproveitando o conhecimento que elas traziam para criar novas compreensões. Ao longo do trabalho de campo participei de duas oficinas, uma intitulada Gênero e Sexualidade, a outra Trabalho de Parto.

2.1 Gênero e Sexualidade

A primeira oficina assistida é intitulada "Gênero e Sexualidade". É importante ressaltar a diferença entre o que as gestantes e seus acompanhantes entendiam que seria a oficina e o que a enfermeira tinha em mente. Antes de começar a oficina, as mulheres começam a chegar e aguardam até que sejam chamadas para entrar na sala onde ocorrem as atividades. Havia nesse dia uma quantidade de acompanhantes homens maior do que geralmente se observava em dias de outras oficinas, e logo ficou claro o que esses acompanhantes e suas esposas esperavam da oficina Gênero e Sexualidade.

Uma gestante comentou com outra que finalmente conhecera seu marido, de que ela sempre falava, e o marido respondeu sorridente que não perderia a oportunidade de ir a uma oficina sobre sexo. Dois maridos conversavam a certa distância de suas companheiras, sobre a expectativa de que essa oficina ajudasse suas esposas terem mais vontade de fazer sexo. Uma das gestantes presentes, que depois foi entrevistada, afirmou que esperava que nessa oficina o marido entendesse que às vezes a mulher grávida não está disposta sexualmente. No geral, homens e mulheres esperavam que a oficina fosse sobre sexo na gravidez, mas ambos tiveram frustradas suas expectativas.

2.1.1 A idealização da gestação e a vida sexual do casal

A oficina foi dividida em duas partes. No início Joana falou sobre a idealização da gestante como aquela que não pode ser tocada, propondo que a grávida é mulher antes de ser gestante e por isso não deve deixar de lado as relações que a constituiu como mulher. Ela questiona o motivo pelo qual o sexo - que deu origem à gestação - se torna tabu quando a barriga começa a crescer, e sugere que a sexualidade seja vivida plenamente na gestação, de modo que os laços entre homem e mulher se reforcem. Todos os homens da sala sorriam e pareciam satisfeitos com a fala de Joana, alguns deles olhavam para suas esposas com um olhar que parecia dizer "Eu não disse?".

Enfermeira e maridos pareciam concordar que o que impedia a vida sexual das gestantes era a sacralização da mulher grávida e a vivência da sexualidade ativa era tomada como algo que homens e mulheres sempre querem, algo que não parece condizer com as opiniões expressas pelas mulheres na sala de espera. Em outros momentos que não durante a oficina, três mulheres relataram um aumento do desejo sexual e um afastamento do marido, que não as procuravam, o que causava nelas insegurança com a possibilidade da infidelidade sexual do parceiro. Já durante a oficina, duas mulheres, durante a oficina, afirmaram fazer sexo mesmo sem vontade com medo que o parceiro fosse embora. A resposta a essa colocação feita durante a oficina é que elas deveriam fazer sexo por vontade, porque é bom para elas e para o casal, e não por pressão, mas a possibilidade de não fazê-lo não foi levantada.

Outro aspecto interessante relativo à sexualidade diz respeito aos motivos mencionados por alguns dos participantes da oficina para não quererem fazer sexo. Um homem afirmou que se sentia desconfortável de ter relações com a esposa porque o filho - ainda na barriga - estaria “vendo”. Uma gestante afirmou que a diminuição da sua libido se devia ao fato de que após a atividade sexual o filho chutava suas costelas com muita força, o que foi entendido como demonstração de que ele não gostava de “ver” os pais fazendo sexo [o termo “ver” era deles?]. O feto, cuja existência enquanto criança é antecipada pela sua psicologização (LOBIANCO, 1985), é entendido com uma pessoa com todos os sentidos e gostos já definidos.

A segunda parte da oficina, que foi a que teve a maior duração, cerca de duas horas, constituía-se de uma dinâmica em que cada pessoa na sala recebia cartões com substantivos que deveriam ser atribuídos a homens, mulheres ou ambos. Havia no chão

um cartão com a palavra "HOMEM"e outro com a palavra "MULHER". Entre os doisficavam os substantivos que representavam elementos comuns a ambos. Alguns dos cartões entregues eram "Bola", "futebol", "rua", "dirigir", "batom", "anel", "luta", e outros correspondiam a partes do aparelho reprodutor e às células sexuais masculinas e femininas. Esses últimos cartões eram os únicos que estariam posicionados, ao final, como característicos de mulheres ou homens.

Os participantes colocavam seus cartões no chão, sob o cartão "HOMEM", sob o cartão "MULHER" ou entre os dois, de modo a formar colunas, cada uma para as características de cada sexo. Ao final da dinâmica os participantes justificavam suas escolhas. Quando quem posicionou o cartão preferia se omitir, o grupo discutia a escolha e, ao final, poucos foram os cartões que enfrentaram resistência quanto a serem comuns a homens e mulheres, um desses cartões foi "luta".

A luta foi um cartão posicionado inicialmente como característico dos homens, e eles argumentavam que quem lutou sempre foi o homem, que guerreava, caçava e mantinha a segurança das mulheres. A enfermeira trouxe à tona as mulheres que participam do MMA, contra isso a maior parte dos homens argumentou que essas mulheres são a exceção e que a maioriaé mais fraca. Algumasgestantes argumentaram, então que elas são grandes lutadoras, porque cuidam da casa, das crianças e muitas vezes ainda trabalham. Os homens reconheceram a força e a luta das mulheres e elogiaram a tripla jornada de trabalho esua posição como pilar da família. Acrescentaram" vocês ainda tem que parir, vocês são lutadoras mesmo". Enquanto a luta da mulher advém da assunção de comportamentos de gênero bem definidos, a visão do homem enquanto lutador - aludindo sempre à força e ao combate físico - é naturalizada e não foi relacionada ao papel de homem provedor.

Outros cartões foram sendo realocados sob protestos do público masculino presente, que argumentava que nunca deixariam seus filhos homens brincarem de boneca ou usarem batom - cartões inicialmente posicionados como próprios de mulheres. Ao fim da oficina Joana explicou que o objetivo dela era provocar os futuros pais e mães, mostrando que, à exceção do aparelho reprodutor, não há nada que seja exclusivo de homens ou de mulheres. Com isso pretendia-se um ambiente mais

igualitário para as gestantes, para que elas pudessem contar com a participação[4] dos homens e menos pressão sobre os comportamentos e gostos da criança que iria nascer.

Apesar do cartão "luta" ter sofrido muita resistência por ser considerado tipicamente masculino, a maior parte das associações criticadas ocorreu no sentido contrário, em que características femininas eram colocadas como comuns a ambos os sexos. A referência à diminuição da masculinidade dos homens que adotam comportamentos femininos ocorreu, mas o oposto não. De modo geral, foi mais fácil a aceitação de que mulheres fazem atividades ou possuem gostos inicialmente alocados como próprios de homens, isso não pareceu colocar a identidade de gênero delas em xeque.

2.2 **Trabalho de Parto**

A oficina Trabalho de Parto consistiu na dinâmica narrada a seguir. As gestantes receberam da enfermeira Lúcia - que conduziu a oficina - cartões com fases do trabalho de parto, e deviam arrumá-los de acordo com a ordem de acontecimento de cada um. O objetivo da dinâmica era aprimorar os conhecimentos das participantes sobre como ocorre a evolução do trabalho de parto e assim proporcionar calma a elas, bem como favorecer o reconhecimento de cada etapa e prepará-las quanto ao que fazer. Prepará-las para a dor, bem como construir uma visão positiva da mesma, também foram parte da dinâmica.Relato a seguir alguns casos e questões comentados por Lucia.

2.2.1 A "dor boa" e o corpo que fala

A referência à dor como uma forma da natureza dizer para a mulher o que ela deve fazer foi recorrente na oficina, nas conversas escutadas e nas entrevistas realizadas. Lúcia explica que existem dois tipos de dores: a ruim e a boa. O exemplo de dor ruim seria a dor de dente, que é um jeito do corpo comunicar que há algo ocorrendo errado,

[4] A participação masculina nos cuidados com a casa e com o recém nascido é referida como ajuda. Quando Joana perguntou se isso não era responsabilidades deles também, homens e mulheres foram firmes em defender que não.

fora do normal, não fisiológico. A dor boa é aquela em que o corpo fala o que deve ser feito para que um processo natural que está em curso ocorra da melhor forma possível.O exemplo dado foi o da dor do parto, onde o corpo indica posições e momentos onde a mulher deve fazer força.

É nítida a separação entre a mulher - referida como sujeito consciente, marcada pela cultura, imbuída de conhecimento e que toma as decisões ao longo do trabalho de parto - e o corpo, tratado como uma entidade particular, com inteligência, voz e vontade própria, parte da natureza. O corpo, sozinho, seria capaz de parir, porque ele *sabe* o que fazer e ele diz para a mulher o que deve ser feito. O parto é entendido como algo fisiológico e o proposto é justamente que a mulher aproxime-se da natureza através do conhecimento e do reconhecimento do corpo. As dores existem e fazem parte da linguagem que o corpo usa, mas Lucia afirma que qualquer linguagem só é eficiente se receptor e emissor partem de uma base comum. Nesse sentido, uma mulher que conhece como ocorre o trabalho de parto, como ele evolui e entende a dor como linguagem, faz um bom uso dela, porque entende que ela é a fala do corpo, já uma mulher que não compreende isso encontra sofrimento na dor.

A distinção entre dor e sofrimento recebe atenção especial nessa oficina. A dor, enquanto linguagem do corpo e mecanismo da natureza pode ser vivida sem sofrimento, pois não são sinônimos. O que faria a mulher sofrer com a dor é a não compreensão e a resistência a ela por não percebê-la como aliada. A percepção da dor como algo que pode inclusive ser prazeroso, aludindo aqui à já mencionada relação entre a dor da contração e o prazer do orgasmo, pode ser entendida dentro de uma lógica onde a dor foi ressignificada, assumindo uma conotação positiva.

Além disso, Lucia distinguiu entre saber lidar com a dor e ter ansiedade sobre a sua chegada. Ela narrou a história de uma gestante que estava em trabalho de parto ativo, com uma boa dilatação mas não sentia dor e estranhava isso, pois esperava senti-la. Esse estranhamento tornou-se ansiedade e essa ansiedade fez com que de fato houvesse problemas no trabalho de parto,culminando na transferência da gestante da Casa de Parto para o hospital.Com isso foi feito um reforço de que a dor não é algo objetivo, cada um tem um limiar de dor, as situações podem causar, aumentar ou minimizar as dores e é fundamental evitar as preocupações ao longo do trabalho de parto, pois elas podem criar problemas. O ideal seria que a mulher se desligasse de tudo, ouvindo o seu corpo e obedecendo a natureza.Aceitar que não tem o controle seria fundamental para uma boa evolução do trabalho de parto.

Parece, portanto, que a finalidade da oficina é fazer com que as mulheres não atrapalhem a natureza, pois se elas entendem que o corpo sabe e que a natureza é perfeita - duas premissas iniciais nas oficinas e nas consultas pré-natal de que participei - elas racionalizam menos a experiência e tudo ocorre com fluidez.

2.2.2 Intervenções: Atender ao corpo ou à mulher?

Ainda nessa oficina houve uma exposição sobre cesariana, episiotomia e uso de ocitocina sintética, a primeira uma cirurgia recorrente na rede privada de saúde, e as duas últimas feitas como rotina nos hospitais públicos. Todos esses procedimentos foram referidos na oficina como violência. Como será mostrado no próximo capítulo, a violência obstétrica é um conceito freqüentemente utilizado pelas gestantes nas entrevistas, e as mulheres muitas vezes conhecem esse conceito na própria casa de parto. Tratarei mais sobre esse tema no próximo capítulo, mas nesse momento algo que parece particular é a quem os profissionais de saúde desrespeitam ao realizar tais procedimentos rotineiramente.

Ao fazer esses procedimentos, -considerados desnecessários quando feitos como norma e não pelo "benefício concreto" que se pode obter na situação[5] - os profissionais de saúde estariam desrespeitando a natureza da mulher. A máxima muito conhecida nos círculos pela humanização do parto "O bebê sabe nascer e a mulher sabe parir" poderia ser substituída aqui por "O bebê sabe nascer e o corpo sabe parir", porque é esse corpo que, se violado pelas técnicas desnecessárias, perde parte de sua funcionalidade. A chamada "cascata de intervenções", nome dado ao ciclo que se inicia com uma intervenção e acarreta a necessidade de outras - como a episiotomia e em alguns casos a própria cirurgia cesariana - ocorreria porque o corpo, que inicialmente faria tudo certo, sofreu uma interferência e não consegue dar continuidade ao que ocorreria naturalmente.

Entram aqui duas situações a serem contrapostas aao ideal de que nem o corpo nem a mulher necessitam da intervenção. Faço essa distinção porque ela surgiu a partir da observação do campo e torna mais evidentes as questões que pretendo discutir. A

[5]A medicina baseada em evidências é a base teórica e prática a partir da qual os profissionais deveriam pensar suas práticas e analisar se há real necessidade de cada procedimento.

primeira situação é aquela em que o corpo não precisa da intervenção, mas a mulher a deseja. Nesse caso, a intervenção não deve ser feita, - afirma Lúcia - porque a mulher não tem o conhecimento técnico necessário para saber o que é necessário ou não, e esses procedimentos, se feitos sem indicação *real* podem trazer malefícios para a gestante. Desse modo, se uma mulher desejar uma cesariana por qualquer motivo, quiser receber ocitocina para acelerar o trabalho de parto ou pedir por anestesia durante o trabalho de parto,estes procedimentos não devem ser feitos.

No outro extremo há as mulheres que tem medo de passar por todos esses procedimentos, mas acabam por necessitar deles durante o parto, e esse caso é especialmente interessante. Se há a necessidade de uma manobra - previamente classificada pelo profissional de saúde comolegítima - ela deve ser feita independente do consentimento da mulher. Devem ser oferecidas informações sobre o procedimento e explicados os motivos pelos quais eles devem ser realizados, mas o consentimento não é necessário, pois a não realização de determinada manobra pode pôr fim à vida da mulher ou de seu bebê. Logo, uma intervenção não deve ser feita mesmo a pedido e deve ser realizada mesmo sob protesto, permanecendo nas mãos do profissional de saúde a palavra final. Isso sugere uma relação assimétrica mesmo em um contexto humanizado, pois a autoridade permanece sendo da equipe de saúde

A questão da relação assimétrica parece ser suavizada no curso do pré-natal, quando as gestantes tomam conhecimento de quais práticas são positivas e quais não o são. A relação hierárquica não se modifica, mas sem a necessidade de imposição ou recusa de procedimentos pautados na autoridade, ela fica menos evidente, sendo percebida apenas nos momentos em que gestantes e equipe de enfermagem tem alguma divergência. Tendo conversado com algumas gestantes no começo e no final da gestação, foi possível notar que suas expectativas e aquilo que era valorizado por elas como constitutivo de um bom parto e de uma boa assistência mudou. Não há como dissociar essa mudança da participação nas oficinas, o que leva à construção do presente argumento, de que o parto humanizado é alcançado pelas mulheres cujas expectativas iniciais são maleáveis ou já condizem com o que é entendido como boa prática na CP.

As oficinas aparecem então como uma forma de trazer informações sobre como ocorrem os procedimentos e sobre o porquê da recusa em fazer intervenções no corpo da parturiente. Algo que é dito desde o acolhimento - momento em que um grupo de gestantes que tem a intenção de parir na CP é apresentada à proposta da instituição - é que o parto realizado lá é natural. Dito isso, não há como imaginar que é nas oficinas

que as mulheres tomam conhecimento disso, esses são os momentos em que a adesão delas à proposta é posta à prova. Como a enfermeira Joana me havia dito, o parto natural e o humanizado se popularizaram nos últimos anos, a ideia agrada o público, mas é preciso que esteja bem claro qual é a prática, para que no curso do trabalho de parto a gestante não entre em desespero e desista.Além disso, é papel da mulher exercer autocontrole para que não sejam necessárias intervenções devido à paralisação do trabalho de parto, ao aumento de pressão devido ao medo e ansiedade dentre outras.

Em todo caso, há um tipo de intervenção veementemente rechaçada: aquela feita pela força do hábito, pela conveniência dos profissionais e não pelo "benefício" que pode ser alcançado.

2.2.3 Treinando para se aproximar da natureza

O termo "cultura" associado ao parto foi utilizado como um fator que atrapalha o mesmo, devendo a mulher se afastar das expectativas culturais geradas com relação ao trabalho de parto para poder vivenciá-lo como uma experiência prazerosa e natural.Entretanto, na oficina sobre trabalho de parto Lúcia narrou algumas experiências, que constam a seguir.

A primeira experiência foi de uma mulher que chegara à casa de parto e caminhara pelos jardins, tocando as flores e parecendo se fundir com a natureza. Sem gritar, se concentrando nas contrações, rebolando para aliviar a dor, vocalizando em tom gutural, usando o grito para obter energias, trazendo a voz de dentro, fazendo força com o útero para emitir o som. A segunda experiência narrada foi a de uma gestante que chegara à casa de parto e só queria ficar deitada, esperando que o parto fosse acontecer sozinho, sem querer ter trabalho. Quando as dores da contração vinham, ela gritava com a garganta, perdendo o sentido do grito - que deve ser utilizado como modo de canalizar a energia. Essa gestante acabou tendo complicações em virtude desse comportamento e acabou sendo transferida para o hospital. A terceira experiência foi de uma gestante que não queria que encostassem nela e gritava com as enfermeiras, tendo chegado a dar um chute em Lúcia. A enfermeira explicou que ela sabe que na hora do parto às vezes isso acontece, masmostra que a mulher não estava preparada para o parto.A gestante recebe

todos os meios para se preparar, se no momento não utiliza aquilo que aprendera e os conhecimentos sobre si que adquiriu é porque não tem autocontrole.

Era nítida a contraposição entre os casos expostos, sendo evidenciado que havia uma postura apreciada e uma outra que denotava falta de conhecimento, autocontrole, adesão ao projeto da CP e vontade. Além disso, sendo o corpo perfeito e a natureza sábia, recai sobre a mulher a responsabilidade por problemas no trabalho de parto, pois sua forma de lidar com as sensações e emoções pode ter uma interferência negativa sobre o processo fisiológico em curso. Foi feito ainda o comentário de que as enfermeiras falam sobre os partos, e que apesar de o parto ser da mulher – e o importante seja a saúde da mãe e do bebê -, existem aqueles mais bonitos, que a equipe chora e aplaude depois.

Como o modo de dispor do corpo deve aproximar-se ao máximo possível da natureza, surgiram comparações frequentes nesse sentido entre o parto de seres humanos e de animais irracionais. Nelas a diferença assinalada é que entre seres humanos há a cultura relacionada ao parto, e entre as demais espécies as fêmeas parem por instinto. Como já mencionado, é justamente essa cultura que faz com que o parto seja mais complicado entre humanos, de modo que seria positivo que a parte do cérebro que se mantivesse ativa durante o trabalho de parto fosse aquela responsável pelas respostas naturais. É justamente para que isso ocorra que a temperatura do quarto deve estar adequada, bem como a luz e os sons, tudo cuidadosamente preparado para que a natureza possa agir.

A aparente contradição entre deixar-se levar pela natureza e racionalizar a experiência do parto, contribui para a conclusão da análise sobre essa oficina. O que parece ocorrer é um treino para que a mulher se aproxime da natureza. Considerando que ela é um ser marcado pela cultura, age-se no sentido de minimizar a distância entre o entendimento do ser racional e as capacidades do corpo. O medo, a ansiedade e outras respostas negativas ao processo do parto não são vistas como naturais. É feito então um treino, com base na informação, para afastá-las destas emoções.O treino para isso inclui a compreensão de que é necessário um esforço para alcançar tal objetivo, bem como a estipulação do que é natural ou não.

3 CONVERSAS DA SALA DE ESPERA

Esse capítulo foi escrito com base nas conversas escutadas ao longo do período de trabalho de campo e está dividida de acordo com a temática desenvolvida pelas gestantes e pelos acompanhantes. No início não havia interação comigo, minha presença passava completamente despercebida, mas após algumas semanas de pesquisa fui algumas vezes incluída nas conversas. Essas ocasiões eram especialmente interessantes, pois as reações e respostas dadas por mim estariam sendo também analisadas, e eu desejava demarcar a diferença entre o meu trabalho e a CP.

3.1 Sexo para evitar o divórcio

A maioria das conversas femininas sobre sexo sem vontade, medo de expor opiniões e inseguranças diversas com relação ao parceiro pareciam estar ligadas ao medo da infidelidade. Algo que demorei a perceber é que havia uma preocupação mais forte com a possibilidade do divorcio. Uma das colocações relativas a isso apareceu em uma conversa com cinco mulheres,aparentemente amigas, três gestantes e duas com filhos recém-nascidos, uma delas havia se separado do primeiro marido após o nascimento de seu filho mais velho e era ela que respondia as perguntas das demais.

A questão que parecia ser fundamental para o grupo era como reconhecer o limite do parceiro, para saber até onde era possível negar o que ele queria antes que ele saísse do relacionamento. Era dado como certo que o homem só encerra um relacionamento quando já tem outro em vista, desse modo, evitar a traição seria a melhor forma de evitar a separação. A importância dada ao sexo e ao relacionamento foi menor, sendo o foco principal a manutenção da família. Ser traída não era considerado algo ruim por si só, pois a natureza polígama dos homens seria a responsável pela

dificuldade deles em manterem-se sexualmente fiéis.O maior ônus da traição seria perder o marido e conseqüentemente perder a estabilidade emocional e financeira.

Um ponto que ficou claro é que as mulheres envolvidas nessa discussão não tinham renda própria, pois a questão da manutenção das finanças da casa e da dificuldade de criar um filho recebendo pensão foram centrais. Isso condiz com a situação de oito das dez mulheres que entrevistei, que não exercem atividade profissional remunerada.

Outra conversa sobre o mesmo tema se deu entre uma gestante e sua irmã, que a acompanhava à consulta. Nesse diálogo, a gestante se queixava que o marido não a acompanhara na consulta porque na noite anterior ele tentara iniciar uma relação sexual com ela e ela havia dito não. Sua irmã então lhe aconselhou, sugerindo que fizesse sexo mesmo sem vontade, pois ela estava grávida, não trabalhava e não teria como sustentar um filho com pensão. A gestante mostrou-se desconfortável com o conselho recebido e sua irmã lhe disse que os homens buscam outras mulheres não apenas para obter satisfação sexual, mas também para sentirem-se queridos e amados, e que a recusa dela, se fosse algo repetitivo, poderia soar como desinteresse.

Uma última conversa sobre esse assunto ocorreu no mesmo dia que a anterior, em que a mãe de uma gestante conversava em voz baixa com a filha sobre ela precisar tomar cuidado com o risco do marido pedir o divórcio, pois em sua época os casamentos eram para sempre, e atualmente eles são feitos com prazo para o fim. A mãe continuou afirmando que os homens buscam na rua o que não têm em casa, e lembrando à filha sua dependência financeira do marido. A filha afirmou que não era prostituta para fazer sexo por dinheiro e que preferia trabalhar fora a se prostituir para o marido.

Apesar das posições visivelmente diferentes sobre o sexo sem vontade para a satisfação exclusiva do parceiro, é possível perceber que há uma preocupação geral com relação à instabilidade das relações e à possibilidade de divórcio. A dependência financeira do parceiro foi verbalizada com maior frequência como sendo a causa dessa preocupação, e por esse motivo parece ser vantajoso manter um casamento apesar de possíveis relações extraconjugais do parceiro. A ausência de expectativa com relação à participação dos maridos na criação dos filhos também foi algo que chamou atenção, pois em momento algum as mulheres falam sobre eles quando falam sobre educar e cuidar das crianças.

Após participar da oficina sobre Gênero e Sexualidade, posterior à primeira conversa que escutei sobre divórcio, é possível pensar que essa ausência de preocupação

se deve ao fato de as gestantes partirem da premissa de que não haverá participação masculina na criação dos filhos. Nas oficinas e nas consultas pré-natal é outro modelo de masculinidade e de paternidade que as enfermeiras estimulam, mas as mulheres não parecem convencidas de que o trabalho pedagógico da equipe seja eficiente com seus maridos.

3.2 **A astúcia das mulheres e a ingenuidade dos homens**

Uma das conversas mais interessantes que presenciei referia-se ao que as mulheres estavam chamando de "bomba de peido". Era uma técnica que consistia basicamente em aproveitar o aumento dos gases próprios dos últimos meses de gestação para esquivarem-se das investidas sexuais dos maridos. É importante ressaltar, antes de prosseguir, que as gestantes que participavam dessa conversa diziam apreciar fazer sexo, mas a frequência desejada pelos parceiros era maior do que a desejada por elas. Era no caso delas estarem sentindo-se indispostas que usavam essa técnica.

Quatro mulheres conversavam sobre a manobra que haviam descoberto e contavam para outras gestantes interessadas em saber mais sobre ela. Ao longo do dia, para desfazer os gases intestinais, as gestantes utilizavam chás e anti gases, entretanto, ao aproximar-se do anoitecer, quando os maridos chegariam do trabalho, elas paravam de tomá-los. Desse modo, quando chegasse a hora em que talvez ocorresse uma investida sexual, elas estariam eliminando gases mal cheirosos que repeliriam o parceiro. Desse modo, eles iriam recuar por vontade própria, não sendo necessário a recusa por parte da gestante. Isso parece ter relação com as duas subseções anteriores, em que a preocupação em desagradar o marido parece mover as mulheres no sentido de fazerem sexo sem vontade. Nesse caso, fazer com que eles desistissem da atividade seria um modo de fazer o que elas queriam permitindo ao parceiro imaginar que fosse por iniciativa dele.

Os homens eram retratados nessa conversa como crianças, desconhecedores das artimanhas femininas. Elas consideravam que eles deveriam perceber o que elas estavam fazendo nos finais de semana, porque eles passavam o dia todo com elas e ao longo do dia elas não estavam com tantos gases. Não foi feito nenhum tipo de comentário com relação a uma preocupação de serem estupradas pelos maridos no caso

de não usar esse artifício, de modo que a "bomba de peido" era a expressão da esperteza das mulheres, que se vangloriavam de conseguir o que homem nenhum conseguiria, se impor sem se indispor.

Esta situação pode ser analisada pela ótica da dominção em um contexto em que o prazer masculino é central para a manutenção de relações afetivas, ignorando que esse artifício foi elaborado usando a lógica e as necessidades criadas pela visão de mundo androcêntrica (BOURDIEU,2003). Ainda assim, acho importante ver o o discurso das próprias mulheres sobre essa prática através deoutra chave interpretativa, que reconheça na "bomba de peido" uma resistência que se utiliza dos códigos vigentes (Ortner, 2006). Esse artifício é compreendido como uma resistência que não rompe com a lógica da dominação nem a combate diretamente, pois sem verbalizar a negativa às investidas sexuais do parceiro, o prazer deles permanece como algo central e a posição delas nesse jogo permanece aparentemente inalterada.Mas dá às mulheres agência para negociar quando elas querem fazer sexo, o que é muito importante!!

A percepção delas sobre si mesmas, por sua vez, se modifica, pois elas reconhecem a possibilidade de resistir sem embate, utilizando a astúcia que seria própria da mulher. O fato delas referirem-se a si mesmas como ardilosas pelo fato de serem mulherescontribui para a conclusão de que elas não percebem a si ou à tática que inventaram como feministas. Mas não é apenas nesse momento que elas não se identificam sob o rótulo de feministas, de modo geral, isso não é para elas, é para as mulheres que têm estudo e não precisam se preocupar com a vida doméstica.

3.3 **"Esse negócio de feminismo não é pra mim"**

Sabendo que sou "de humanas", termo bastante utilizado para se referir a mim e ao objeto do meu trabalho, foi quase instantânea a associação entre mim o feminismo,enunciada em diversos comentários. Era perceptível que elasme viam como alguém deslocada da realidade delas, incapaz de saber sobre o cotidiano de uma mulher de camada popular, sendo o meu nível de escolaridade o fator que demarca uma profunda diferença entre nós. Escolhiinterpretar essa perspectiva para tentar compreender como ela se relacionava com as conversas e entrevistas.

As mulheres escolarizadas teriam, segundo algumas gestantes, um leque de possibilidades maior do que o delas, mas também uma visão de mundo mais restrita, pois a "vida real" seria bastante diferente daquela conhecida nos corredores das universidades. Ao se depararem com um homem, uma casa e uma série de obrigações "reais", as mulheres que cursaram o nível superior ficariam surpresas, pois para essas gestantes, o único tipo de relação possível é a conhecida por elas. Sendo assim, elas acreditavam que as práticas e discursos válidos - e talvez até defendidos pelos próprios homens na universidade – seriam percebidos comoinexequíveis na vida doméstica.

O que elas verbalizam sobre o feminismo é que ele é uma boa idéia, mas foi inventado por pessoas que não tem conhecimento sobre as práticas de outras mulheres, pobres, sem escolaridade e financeiramente dependentes. A idéia de que o feminismo foi inventado por intelectuais, somada à percepção de que ele dispõe sobre os espaços de trabalho - que elas não ocupam - e sobre as relações familiares e domésticas - que elas entendem como imutáveis, faz dele algo sem aplicação prática para elas. Como uma gestante disse certa vez, "esse negócio de feminismo não é pra mim, eu tenho muita coisa para fazer em casa.".

Além do que já foi exposto, o feminismo também é muitas vezes entendido como algo que traz mais deveres, como o de trabalhar fora para incrementar a renda familiar, enquanto a rotina doméstica permanece desgastante, com atividades desempenhadas exclusivamente por elas. Conversei com mulheres que tinham uma visão distinta dessa ideia de feminismo, e tinham em comum a experiência de ter trabalhado ou estar trabalhando em um emprego formal. Essas mulheres, apesar de pouco numerosas, tinham em comum uma visão de que o feminismo poderia ajudá-las a conseguir salários melhores e promoções por tempo de trabalho.

Uma dessas mulheres comentou com a outra - que se posicionava contrária ao feminismo - que estava trabalhando como atendente em uma lanchonete há dois anos, tendo sido elogiada pelo gerente e sido escolhida como funcionária do mês diversas vezes. Mas quando escolheram o subgerente optaram por um rapaz sem qualificação nenhuma que ela não tivesse, com menos "tempo de casa" e que não demonstrava nenhuma habilidade extraordinária. Assim como ela, havia outras duas atendentes com mais tempo de serviço, reconhecidamente competentes e comprometidas com o trabalho, que também poderiam ter sido escolhidas e não foram. Para essagestante, isso se deve ao machismo, e o combate a ele ocorre com o feminismo, motivo pelo qual mesmo as mulheres que não trabalham deveriam informar-se sobre eles pelo bem de

suas filhas. Seu depoimento pareceu ter pouco impacto na visão da outra gestante sobre o feminismo. Como ela, foi perceptível a resistência ao ideário feministapor grande parte das mulheres com quem conversei, que não acreditam na possibilidade de equidade entre elas e os homens, pois tendo sido sempre assim – a diferença constituindo desigualdade – assim permanecerá.

3.3 **Do direito à obrigação: amamentação e a expressão obrigatória do sentimento**

Passo agora da sexualidade aos cuidados com o bebê, iniciando pela questão da amamentação. Antes de iniciar, cabe ressaltar que o foco dessa seção não são os aspectos médicos e biológicos do aleitamento, masos discursos tecidos em torno da prática.

Há uma oficina oferecida na Casa de Parto sobre aleitamento materno e abundam cartazes espalhados em todos os espaços do local sobre a importância do aleitamento materno e a relação entre este e o amor da mãe por seu filho. As gestantes tem uma visão bastante positiva da amamentação, o que está em conformidade com as boas práticas da medicina baseada em evidência e com as recomendações da Organização Mundial de Saúde, endossadas na CP. Algumas falas conflitantes, entretanto, revelaram outras questões em torno deste tema.

Talvez o mais acurado seja afirmar que não é a amamentação em si que gera conflito, mas a obrigação da amamentar em livre demanda e a sensação de que isso é observado e avaliado constantemente. O primeiro momento em que foi possível perceber um desconforto com relação a isso foi quando uma mulher ofereceu o seio para sua filha recém-nascida amamentar e foi possível ver sangue no lenço absorvente que ela retirara do sutiã. A expressão de incômodo dela chamou a atenção de uma senhora que estava sentada ao seu lado e disse que amamentar dói mesmo, mas que tem que continuar. A mãe falou em voz baixa para si mesma algo quenotei fazendo leitura labial "Fiscal de peito".

No mesmo dia da situação supracitada, uma mulher, que chamarei de Mara estava dando leite em um copinho para o filho enquanto embalava uma criança recém-nascida. Outra mulher perguntou por que ela estava dando leite no copinho ao invés de amamentar, que segundo ela é tão mais fácil, obtendo como resposta que ela estava

muito cansada por estar cuidando de um bebê recém-nascido, e que amamentar é cansativo. A outra mulher advertiu-lhe que o filho mais velho ficaria com ciúmes, porque amamentar é um sinal de amor, e o irmão mais novo estava recebendo esse amor enquanto ele não. Mara respondeu então que amor é o que ela tem pelos dois filhos e demonstra no dia a dia, sendo o leite apenas um alimento, que já não era essencial ao filho mais velho que tinha dois anos e meio.

Em outra ocasião, uma mulher queixou-se em voz alta de amamentar, comentando com o marido que só o faria até voltar a trabalhar, e a partir de então faria a ordenha para a avó - que cuidaria do bebê após o fim de sua licença maternidade - o marido concordou comentando que o importante é a ingestão do leite independente de como ela se dê. Outra mulher incluiu-se na conversa, pedindo perdão pela intromissão, para defender que o ato de amamentar em si era muito importante para a criação de vínculos entre a mãe e o bebê, e que a troca de olhares durante a amamentação trazia uma série de benefícios emocionais e psicológicos para a formação da criança. A mãe que se queixara lembrou à outra que não traria uma boa formação psicológica e emocional para o filho mamar no peito, mas não ter uma casa para morar.

O reforço da associação entre ser uma boa mãe e amamentar gera uma situação ambígua, pois o recomendado é a amamentação exclusiva até os seis meses, mas a maior parte das mulheres não dispõe de uma licença maternidade maior que quatro meses. Sendo assim, se o contato do bebê com o seio for o que determina o quão boa é uma mãe, todas aquelas que trabalham formalmente são excluídas desse rol. Adicionalmente, pode-se pensar também que a mulher que não amamenta não é reconhecida como uma mãe que ama, pois a amamentação não nutre a criança apenas de alimento, nutre também emocionalmente, com afeto, sendo considerada fundamental para a própria formação psicossocial do bebê. Levar o filho ao seio faz parte de um código compartilhado pelas demais mulheres, e a constituição da valorizada imagem da boa mãe é forjada na repetição pública do ato de amamentar.

3.5 **“Aí meu Deus, vou ter que subir na balança”**

Desde o começo do trabalho de campo foi fácil notar o desconforto de algumas gestantes com relação às recomendações feitas na área de nutrição. O controle do peso é

colocado como algo que é crucial para um bom trabalho de parto. Uma dieta sem farinha branca, pão e açúcares no último mês de gestação ajudaria no parto, uma vez que a partir desse período o bebê já está formado, passando então a apenas ganhar peso. O ganho de peso faz com que o bebê aumente de tamanho, o que dificulta a passagem dele.

Na oficina sobre trabalho de parto isso também foi mencionado. A enfermeira comentara que o bebê tem que passar por um espaço que apesar de ser elástico tem um limite, de modo que fazer uma dieta com menos calorias nas últimas semanas de gestação seria algo bom que a mulher faz por si mesma. Como essa é uma das medidas que as mulheres podem tomar para que o parto ocorra bem, elas parecem experimentar uma sensação ambígua com relação a essa dieta. Se por um lado, elas temem dificuldades oriundas de uma alimentação desregrada, por outro lado a família e os amigos as presenteiam com todo tipo de comida proibida e desejada, alegando que elas devem comer por si e pelos bebês.

O que traz a tona essa preocupação de modo mais nítido é a pesagem, feita sempre que a gestante faz consulta com a nutricionista. Quando iniciei o trabalho de campo a nutricionista entrou de férias, de modo que durante um mês não ouvi nenhuma conversa sobre esse assunto. Depois de seu retorno as mulheres começaram a parecer preocupadas na sala de espera, de modo que certo dia uma gestante afirmou que ia ficar sem comer até o dia da consulta que estava marcada com a nutricionista, pois temia ser repreendida devido ao seu aumento de peso. Percebendo essa preocupação perguntei a uma gestante que ia consultar-se com a nutricionista se eu poderia acompanhá-la na consulta. A gestante concordou e eu a acompanhei..

Ao contrário do que imaginei ao ver a gestante na sala de espera, ela não estava com o peso ideal. Quando lhe foi pedido que subisse na balança era possível perceber o desconforto dela, que apertava uma mão com a outra e dava leves beliscões nas próprias mãos, visivelmente preocupada. Após conferir o peso dela e olhar o prontuário da gestante, a nutricionista conversou com ela sobre os riscos de desenvolver diabetes gestacional ou hipertensão devido ao aumento de peso. Ela explicou também que o bebê pesava bem menos do que o aumento de peso que ela apresentava, e alertou para o fato de que ter um bebê grande pode trazer dificuldade no trabalho de parto.

Esse é o único procedimento sobre o qual ouvi algum tipo de reclamação. A pesagem obrigatória, segundo uma das gestantes ouvidas na sala de espera, era uma "cilada". Essa mesma gestante perguntou às demais se já havia sido dito a alguma delas

que elas estavam com o peso adequado, todas riram e responderam que não, afirmando ainda que possivelmente não existia um peso correto e elas sempre estariam erradas. A pesagem, somada ao que algumas entrevistadas chamam de "forçação de barra" com relação à reprovação do uso de chupetas e mamadeiras, consiste nos únicos incômodos em relação à Casa de Parto que foram percebidos ao longo do trabalho de campo.

3.6 **Sobre os desejos de grávida e onde entra o marido**

Quando as gestantes conversavam sobre assuntos não relacionados à sexualidade, frequentemente a figura do marido desaparecia. Eles não foram mencionados em quase nenhuma das muitas conversas que ouvi e das quais participei, mas ressurge com grande ênfase quando o assunto são os desejos da gravidez. É válido lembrar, primeiramente, que as gestantes partiam da base comum de que os desejos não eram a expressão da vontade do bebê, mas uma vontade que significava que algo estava faltando no organismo delas. O desejo seria uma forma do corpo informar uma deficiência nutricional, de modo que a mulher sentiria vontade de comer aquilo que contivesse os nutrientes que o corpo necessita, não tendo sido observadas relações entre os desejos e o feto. Esta era uma visão de senso comum das gestantes, não tendo aparecido nas oficinas ou nas consultas pré-natal que acompanhei..

Alguns trechos de conversas sobre esse assunto podem sintetizar a questão que pretendo discutir adiante, por isso transcrevo abaixo três trechos de conversas das quais tomei nota:

“Eu fiquei preocupada dele sair na rua aquela hora, mas eu precisava desesperadamente de um churrasquinho. Na hora que ele ia sair eu cheguei a pensar em falar pra ele deixar pra lá, mas é o que eu falo pra ele, eu passo o dia em consulta, fila de exame disso, exame daquilo, um sol de rachar a cuca e eu de um lado pro outro fazendo as coisas pra garantir que nosso filho tá bem, acho que o mínimo que ele pode fazer é ir comprar um churrasquinho” – Ana.

“O meu desejo era de melancia[...] Aí meu marido saiu pra ir no CEASA que ia ser o único lugar que ia ter melancia quatro da manhã, e ele ia sair pra trabalhar seis horas, então eu fiquei até com medo de não dar tempo, né, dele se atrasar. Mas eu pensei

assim, ‘ah, ele é homem, eu já tô carregando o filho, com enjoo, dor...deixa ele fazer alguma coisa’” – Paula

“Eu não tenho muito desejo não, eu costumo ter vontade de comer as coisas num horário normal, aí eu mesma vou e faço, porque o Renato faz tudo lá em casa e todo dia quando ele chega do trabalho fica uma hora fazendo massagem no meu pé! Acho que ele tem o direito de dormir pelo menos seis horas por noite sem ser acordado, pelo menos até nascer, que aí a gente vai ficar sem ver o sono um bom tempo” - Norma

O que parece ocorrer com os desejos é que ele traz uma função para os maridos que não estejam assumindo – na perspectiva das gestantes – responsabilidade suficiente com relação à gestação. Ser financeiramente provedor é suficiente quando elas não estão grávidas, mas ter um filho inauguraoutra relação. Ter um filho implica em responsabilidades que a mulher conhece desde que descobre que está grávida.Os exames e consultas periódicos, cuidados com a alimentação e preparação para o trabalho de parto dão a elas um volume de responsabilidade que o marido só passa a conhecer – no melhor cenário - quando o bebê nasce. Estar sempre à disposição para realizar os desejos alimentares da esposa – que são a expressão do corpo de que algum nutriente está em falta, colocando em risco a saúde dela e do feto – traz o marido para o universo de responsabilidades novas inauguradas com um filho, responsabilidades que se iniciam antes do nascimento.

Outra interpretação para a exigência que os desejos sejam sanados em horas inconvenientes parece ser punir o homem de alguma forma pela sua falta de participação com o cuidado com a casa e pelos incômodos causados pela gestação à mulher. Uma vez que as dores e os enjoos não afetam fisicamente os homens, ter uma forma de fazê-los sentir incômodo – mas com um motivo que é aceito como tarefa masculina – parece trazer satisfação às gestantes. É possível perceber isso porque as mulheres que não exigem de seus maridos que eles sanem seus desejos alimentares de madrugada, explicam que não o fazem porque os maridos participam do cuidado com a casa, fazem algo para aliviar o desconforto delas e se envolvem com as consultas, exames e preparação do enxoval do bebê.

Conhecer as gestantes cujas falas transcrevi anteriormente contribuiu para a análise dos trechos. Ana foi uma das primeiras gestantes com as quais conversei quando comecei o trabalho de campo e apesar de não tê-la entrevistado conversamos bastante, pois ela é bastante comunicativa. Ela reclamara certa vez que o marido nunca a acompanhava às consultas, mesmo podendo apresentar atestado de comparecimento no

trabalho para justificar o atraso. Para Ana era como se o marido ainda não tivesse entendido que ia ser pai, o que a preocupava, pois ela temia criar o filho sozinha mesmo morando com elei. Paula, apesar de menos comunicativa, sempre comentava sobre as piadas que o marido fazia com relação ao seu enjoo, agradecendo a Deus por ser homem e não precisar engravidar para ter filho. Ela comentava que ela sentia tanta raiva disso que desejava ter algo para causar no marido o mesmo incômodo que ela sentia e do qual ele zombava. Norma, por sua vez, costumava ir às consultas acompanhada de seu marido, e comentava sobre como ele é companheiro.

4 AS GESTANTES E SUA ESCOLHA PELA CASA DE PARTO

4.1 As entrevistadas

Esse capítulo se inicia com uma breve apresentação das entrevistadas, para que quando elas forem referidas ao longo das demais seções, seja possível reconhecê-las, sabendo-se um pouco mais sobre elas. As perguntas introdutórias feitas nas entrevistas são: nome, idade, grau de escolarização, atividade profissional - se há alguma e qual - e prática religiosa, além dos mesmos dados sobre os parceiros com quem mantêm união estável. As respostas a essas perguntas foram sintetizadas e compõem a apresentação das entrevistadas.

Quanto à escolha por utilizar faixas etárias e não as idades informadas, ela foi feita para preservar o anonimato que foi garantido às participantes da pesquisa, uma vez que algumas das minhas entrevistadas são as únicas mulheres da Casa de Parto com determinada idade.

Patrícia

Patrícia tem menos de vinte anos, estava no último trimestre de gestação quando entrevistada pela primeira vez eestava esperando o primeiro filho. Ela completou o primeiro grau, denominou-se católicae mora com seu marido José, que trabalha como instalador de ar condicionado. Patrícia atualmente não exerce atividade profissional, mas é micro empreendedora, tendo uma sócia com a qual trabalha na área de alimentos.

José ficou feliz ao saber da gravidez da esposa e o desejo dele de ser pai era, conforme a entrevistada afirma, significativamente maior do que o desejo dela de ser mãe nesse momento. Ela explica que ficou em estado de choque ao saber da gravidez, porque ela e o marido casaram-se há pouco tempo e ela gostaria de aproveitar "a vida a dois" antes de engravidar, além de gostar muito de sair, o que ela acredita que será prejudicado pela presença de um filho. Assim como outras entrevistadas e outras gestantes da Casa de Parto, Patrícia engravidou no primeiro mês após a troca de anticoncepcional, o que parece contribuir para o desconforto inicial.

Cristiane

Cristiane tem entre vinte e vinte e cinco anos, estava no último trimestre de gestação quando entrevistada pela primeira vez, e estava esperando o primeiro filho. Ela

concluiu o segundo grau e declarou não ter prática religiosa. Ela mora com o marido, André, quetrabalha como ajudante de caminhão e recebeu a notícia da gestação com tranquilidade mas sem nenhuma animação.

Cristiane tinha um emprego formal mas decidiu sair dele para tentar engravidar. Na percepção da entrevistada, trabalhar gerava um *stress* que poderia diminuir suas chances de engravidar, e ela havia planejado ter o primeiro filho no ano de 2015. Quando perguntada se sua gravidez for prevista a entrevistada foi enfática em afirmar que ela fora planejada. Cristiane deu início ao pré-natal em outra unidade de saúde, e passou a fazer o acompanhamento na Casa de Parto porque uma amiga comentou que o atendimento nela era mais próxima.

Lívia

Livia tem entre vinte e vinte e cinco anos, estava no segundo trimestre de gestação quando foi entrevistada pela primeira vez e estava esperando o primeiro filho. Ela declarou não ter prática religiosa mas acreditar em Deus, completou o segundo grau e trabalha como atendente de restaurante. Lívia mora com a sogra, o sogro e seu marido Paulo, que trabalha como guardador de carro.

Estar na Casa de Parto era o que ela mais gostava na gestação, pois ela percebia-se como parte de um grupo, onde recebia apoio e sentia-se segura e confiante na equipe de profissionais. Lívia foi uma das entrevistadas que não puderam parir na Casa de Parto, tendo sido encaminhada para parir no Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, referido por todas as entrevistadas e pela equipe de enfermagem como "o Mariska". Para Lívia, ter sido encaminhada para o Mariska não foi o pior que poderia ter acontecido, mas ela se queixa de ter sido informada da impossibilidade de parir lá apenas quando já estava em trabalho de parto, pois o problema dela- que foi uma infecção urinária - já era conhecido anteriormente. Das quatro gestantes que foram impossibilitadas de parir na Casa de Parto, a única com a qual consegui manter contato foi Lívia.

Maiara

Maiara tem entre vinte e vinte e cinco anos, estava no último trimestre de gestação quando foi entrevistada pela primeira vez e estava esperando o primeiro filho. Atualmente ela cursa o terceiro grau na área de educação, declarou não ter prática religiosa e não exerce atividade remunerada.Maiara mora com seu marido Gustavo, que trabalha na área da saúde.

Sua gestação foi planejada e ela e o marido tentaram alguns meses até conseguirem engravidar. A gravidez aparece na fala dela, bem como na de outras mulheres que planejaram a gestação, como uma conquista do casal, pois decorrem meses entre a decisão de ter um filho e a fecundação. Na sala de espera há a máxima de que as mulheres que engravidam mais rápido são as que não querem engravidar, o que elas explicam devido ao efeito negativo da ansiedade sobre o corpo.

Norma

Norma tem menos de vinte anos, estava no primeiro trimestre de gestação quando entrevistada pela primeira vez e estava grávida pela segunda vez. Ela declarou não ter prática religiosa, concluiu o segundo grau e não realiza atividade remunerada. Norma é a única entrevistada que não estava casada quando foi entrevistada, ela vive com a mãe Bruna, que no momento da entrevista não realizava atividade profissional. Ela foi entrevistada porque, apesar de não estar em uma relação estável, estava quando engravidou, e a gestação foi planejada, estando inserida em um projeto do casal.

Norma fez o acompanhamento desde o início na Casa de Parto, e falava com animação do projeto do local, entretanto, por motivos que serão posteriormente explicitados, ela teve um parto domiciliar não planejado. A mãe de Norma enviou-me uma fotografia de seu neto no dia em que ele nasceu, convidando-me para ir à sua casa realizar a entrevista de retorno.

Diana

Diana tem entre vinte e cinco e trinta anos, estava no último trimestre de gestação quando a entrevistei e estava grávida pela terceira vez. A entrevistada tem o ensino superior incompleto, não realiza atividade remunerada e declarou-se evangélica. Ela vive com seu marido, Caio,que trabalha na área de administração.

Diana tem outras duas filhas, além daquela que gestava quando a entrevistei, a mais nova havia nascido na Casa de Parto. A gestação atual havia sido bem aceita e o casal planejava ter um terceiro filho, mas não no momento em que ocorreu.

Cíntia

Cíntia tem entre vinte e cinco e trinta anos,estava no último trimestre de gestação quando foi entrevistada, concluiu o segundo grau e não está realizando atividade remunerada. Cíntia tem dois filhos além do que gestava quando nos conhecemos e declarou não ter prática religiosa. A entrevistada vive com seu marido, Carlos, que trabalha como técnico.

A gestação durante a qual a conheci estava sendo, segundo ela, uma experiência mágica, pois pela primeira vez ela estava tendo contato com os sentimentos que ela julgava normais para quem espera um filho. Na gestação anterior ela não fizera acompanhamento pré-natal, desejava um aborto espontâneo e buscou não envolver-se com os assuntos relativos ao enxoval, e na primeira gestação ela era, segundo sua percepção, nova demais para realmente apreciar a experiência de estar grávida.

Bia

Bia tem entre vinte e vinte e cinco anos, estava no segundo trimestre de gestação e tem o segundo grauincompleto. Ela está na primeira gestação, declarou acreditar em Deus mas não ter prática religiosa e mora com o marido, Douglas, que trabalha como pizzaiolo na pizzaria que eles abriram, em que ela trabalha como atendente.

Bia e o marido consideram que, apesar de serem muito jovens, não faltava nada além de um filho para que eles estivessem completos enquanto casal. Ela não pôde parir na Casa de Parto devido à um problema de má formação do feto, que gerou um fator de risco para a gestação fazendo com que ela fosse transferida para a maternidade de referência, onde terminou o pré-natal e pariu.

Sonia

Sonia estava no segundo trimestre de gestação quando foi entrevistada pela primeira vez, tem entre vinte e cinco e trinta anos, é espírita e tem o primeiro grau incompleto. Sonia afirma não ter uma profissão certa, apesar de costumar trabalhar com alimentos e vive com seu filho e seu marido, Luan.

O pai de seu primeiro filho, que tinha seis anos à época da entrevista, faleceu em um acidente quando ela estava grávida, algo que ela relata como tendo sido responsável pelas dificuldades do primeiro parto.

Gabi

Gabi tem mais de trinta anos, estava no segundo trimestre de gestação quando entrevistada, completou o segundo grau, afirma temer muito a Deus apesar de não ter uma religião definida e trabalha como prestadora de serviços. Gabi vive com seu marido Dani, que também trabalha como prestador de serviços.

Gabi demonstra frequentemente a preocupação com a gestação atual, pois ela teve um aborto espontâneo anteriormente, depois do primeiro trimestre de gestação, o que a deixou temerosa de perder o filho que estava esperando.

4.2 Durante o pré-natal

Nessa segunda parte do capítulo constam as análises das entrevistas coletadas ao longo do acompanhamento pré-natal, bem como algumas referências à consultas que foram acompanhadas.

As gestantes, em suatotalidade, afirmaram buscar na Casa de Parto um bom atendimento, onde sentissem que estavam sendo respeitadas. Essa é uma constante em todas as falas, mas há diversos outros fatores que se repetem,como a busca pelo parto normal, pelo parto humanizado e pelo direito a dois acompanhantes.A seguir os temas que foram mencionados nas entrevistas serão analisados e discutidos.

4.2.1 Parto natural ou humanizado

Ter um parto natural ou humanizado é um dos aspectos que caracterizam um bom atendimento para todas as entrevistadas, e apesar da diferença entre os termos utilizados, as falas esclareciam quais as características desse tipo de parto. Dentre as características citadas estão o respeito ao tempo da parturiente e do bebê, o direito à livre escolha do acompanhante, a liberdade de movimentos e a proteção da genitália, uma vezque evita-sea realização da episiotomia.

As mulheres ora usavam o termo normal, ora usavam o termo natural para se referir ao tipo de parto incentivado na Casa de Parto. Algumas vezes ambos os termos foram utilizados na mesma entrevista. Houve também entrevistadas que utilizaram o termo "parto humanizado", essas costumavam explicar o que era o parto humanizado e espontaneamente duas delas fizeram a diferenciação entre o parto normal e o parto humanizado. Dessas entrevistadas, duas não conheceram a Casa de Parto por intermédio de amigas ou pessoas da família, e sim em sites da internet, enquanto buscavam uma opção financeiramente acessível para realizar o sonho de um parto humanizado no Rio de Janeiro.

O parto em que o “tempo do bebê” é respeitado aparece como característico do “parto humanizado". A contraposição feita a isso seria o que algumas entrevistadas afirmam acontecer nos hospitais, onde o tempo da equipe, do anestesista e o horário da troca de plantão ditam o ritmo do trabalho de parto. O termo “tempo do bebê” sugere que é exclusivamente o bebê que decide como ocorrerá o parto e quanto tempo ele durará, mas em outros momentos é feita a referência à capacidade física, emocional e

psicológica da mãe como fatores que também aceleram ou desaceleram o parto. Nesse ponto há outro aspecto que chama a atenção: não há velocidade constante durante o trabalho de parto, sempre fala-se sobre como acelerá-lo e o que pode retardá-lo, mas não foi referida em nenhuma ocasião a manutenção de um mesmo rimo, a constância.

Sobre isso, Bruna- mãe de Norma, - que pariu a filha em um hospital particular, conta que a realidade dos hospitais, sejam eles públicos ou particulares, é de desrespeito à fisiologia do nascimento:

"É, no hospital é assim, deu tal hora, tá perto de virar o plantão, eles te mandam apressar, fazer mais força, ir mais rápido. Ameaçam que se não for de uma vez vão operar... pra deixar tudo pronto pra troca de plantão, entendeu? No hospital é assim, eles parecem que não conhecem o corpo, que não sabem que tem o tempo das coisas acontecerem, por causa dos hormônios e tudo, aí fazem uma intervenção por pressa ou desconhecimento e acaba sendo a cascata [de intervenções]." (Bruna).

A cascata de intervenções, conhecida e divulgada nas oficinas, é uma das coisas que fazem com que um parto evolua para uma cesariana, e costuma estar inserido nas conversas sobre violência obstétrica, que será tratada na próxima seção. A cascata de intervenções, como já mencionado, é uma série de procedimentos que ocorrem geralmente iniciados por uma intervenção considerada desnecessária, a maior parte das vezes, a aplicação intravenosa de ocitocina sintética, utilizada com o objetivo de acelerar o trabalho de parto.

Outro elemento constitutivo de um parto natural ou humanizado é não ter a preocupação de sofrer mutilação genital – a episiotomia é considerada uma mutilação genital institucionalizada. Esse procedimento vai de encontro com a ideia do parto natural por ser uma interferência na natureza e vai de encontro ao parto humanizado por ser prejudicial à saúde física e psicológica da mulher, sendo realizada muitas vezes sem o conhecimento ou consentimento da mesma. Essa última análise foi feita por ambas as gestantes que chegaram à Casa de Parto buscando, especificamente, o parto humanizado.

O parto humanizado e o parto natural foram distinguidos por duas entrevistadas, Norma e Cintia. Norma explicou que o parto natural é aquele em que não se realiza intervenções, e é caracterizado pela valorização da fisiologia. O parto humanizado, por sua vez, é aquele em que há uma ética associada ao parto, de modo que não apenas a via de parto e os processos fisiológicos são levados em conta, mas também a disposição do corpo – da gestante, do acompanhante e da equipe médica –as músicas e a criação do

ambiente. Norma explica que na sua concepção "O parto humanizado tem um clima diferente também. É como se fosse um parto natural, só que tem que ter música, incenso, a mulher tem que relaxar, é quase um nascimento terapêutico."

Uma das diferenças traçadas entre os tipos de parto aponta para a busca por uma experiência que transcende a chegada do bebê. Diana diferenciou "parto normal" de "parto humanizado", afirmando que o primeiro é só para a criança nascer, enquanto o segundo traz uma experiência única para a mulher e uma oportunidade para mãe e pai conectarem-se um com o outro e ambos com a criança que está nascendo. O parto deixa de ser um meio para um fim - no caso o nascimento do filho - e é colocado como um fim em si mesmo.

A saúde do bebê e o seu nascimento sem intercorrências são vistos como as únicas questões relevantes para pessoas contrárias àCasa de Parto. Já para as gestantes que optam pelo local, esse não é o único fator a ser considerado, sendo a satisfação e o bem estar da mãe levados em consideração. Para as mulheres que parem na Casa de Parto, as mães não podem se contentar em ter um filho que sobreviveu ao parto, pois sendo um processo fisiológico, o normal é que isso aconteça. Sendo assim, o que elas desejam em seus partos é que bom atendimento, carinho e segurança contribuam para um momento singular e especial, em que elas conhecem seus filhos.

4.2.2 A descoberta da violência obstétrica

A expressão "Violência obstétrica" é recorrente durante as oficinas e nas conversas da sala de espera, sendo comumente usada para sintetizar uma gama de procedimentos dos quais as enfermeiras discordam e dos quais as gestantes passam a ter medo. Durante as entrevistas não foi feita nenhuma pergunta sobre violência obstétrica, o termo não foi utilizado por mim em momento algum, de modo que todas as vezes em que essa questão foi trazida à tona pelas mulheres foi de forma espontânea. Entretanto, depois que o termo era usado, parecia necessário perguntar o que as gestantes entendiam como violência obstétrica, e só então, após as entrevistadas começarem a utilizar a expressão, eu as questionava sobre o que ela significava.

Uma constante entre as entrevistadas é o desconhecimento anterior da violência obstétrica. Apesar de não aprovarem e não quererem ser submetidas a determinados

procedimentos, como episiotomia, manobra de kristeller e recebimento de ocitocina sintética, as entrevistadas desconheciam o termo “violência obstétrica". Afirmações como "[...]aqui a gente entende que existe uma coisa chamada violência obstétrica [...]" (Sônia) e "Eu não sabia que tinha esse negócio de violência obstétrica, mas aqui eu aprendi [...]." (Patrícia), parecem contribuir para a constatação de que não é a ausência da violência obstétrica o que elas buscam, não sendo essa uma categoria conhecida antes da chegada à Casa de Parto.

A única entrevistada que utilizou o termo violência obstétrica ao narrar o motivo de ter buscado a Casa de Parto foi Diana, que teve dois partos anteriores, um em um hospital particular e o outro na Casa de Parto. Por esse motivo é difícil precisar quanto do seu reconhecimento desse termo é resultado de ter realizado um pré-natal completo no local anteriormente. Quando questionada sobre o que é violência obstétrica, ela explicou que é qualquer violência que ocorre durante o parto, seja com a mãe seja com o bebê. Diana não mencionou nenhum procedimento específico, diferente das outras entrevistadas, o que sugere que ela formulou a concepção dela de modo distinto, mesmo que pode ter tido as mesmas bases das demais para essa formulação.

Outra entrevistada que também fez um acréscimo à compreensão geral do que seria a violência obstétrica foi Gabi. Ela afirmou que o que a mulher que sofre um aborto espontâneo passa na rede pública de saúde é uma violência obstétrica, bem como a forma como as mulheres pobres e negras - como ela própria - são tratadas no pré-natal. Apesar de não ser uma violência física, como as intervenções já citadas e tambémmencionadas por Gabi,a sensação de abandono, o desconforto e o medo gerados por uma equipe médica grosseira aparecem como uma violência igualmente prejudicial.

O efeito da compilação de diversos procedimentos sob a alcunha de "violência obstétrica" tevegrande impacto sobre as gestantes que tiveram partos anteriores. Um aspecto abordado pelas entrevistadas que enveredaram por esse assunto é que a mulher poderia ter sido submetida a um procedimento que não gostou, mas quando se vê vítima de violência obstétrica é como se carregasse o peso de todas as intervenções e sentisse até mesmo a supressão de direitos que não lhe foram negados.

Um exemplo disso é dado por uma das entrevistadas, que relata ter pedido e recebido ocitocina sintética no seu primeiro parto, pois estava cansada e queria acelerar o trabalho de parto, não tendo havido intervenção além dessa. Ela, que desde o seu parto tinha a idéia de que parira com poder sobre o próprio corpo, percebeu a si como vítima de violência obstétrica. A violência nesse caso se configuraria pela aplicação da

ocitocina sintética, pois esse procedimento é referido como violência se não é feito pela necessidade do bebê. Parece ser o papel de vítima em si que causa incômodo nas gestantes, pois buscando sobre esse tema em *sites* e *blogs* da internet, viam seus partos serem comparados a estupros, à mutilação genital, ao que há de mais cruel no tratamento dispensado a mulheres.

Sônia conta sobre como se sentiu após ser apresentada, na Casa de Parto, ao conceito de violência obstétrica.

> "dá uma dimensão assim, de que foi mais grave. Aí você pensa que realmente você foi muito maltratada pelos médicos, pelas enfermeiras, ninguém que estava lá me ajudou, é como se todo mundo estivesse vendo você ser violentada e ninguém te ajudasse. E assim, ninguém quer ser maltratada [nesse ponto Sonia estava com voz de choro], então saber que eu fui violentada foi pior que a episio, sabe? Dói mais, porque todo mundo estava vendo e eles sabiam que o que estava acontecendo ali não estava certo. Mas é bom pra gente saber que é grave, que não pode deixar passar, tem que processar, tem que fazer um escândalo. " (Sonia)

Os procedimentos que fazem parte do rol de intervenções comuns da violência obstétrica já foram mencionados, e todos eles são considerados importantes em caso de necessidade averiguada pela equipe. Entretanto, como o termo "violência obstétrica" causa uma impressão forte nas gestantes, é necessário que as enfermeiras façam um trabalho de suavizar essa categoria, aparentemente com o objetivo de minimizar a resistência no caso da necessidade desses procedimentos. Trata-se de fazer com que elessejam entendidos como sérios o suficiente para não serem solicitados e seguros o suficiente para que não sejam rejeitados.

De toda forma, esses procedimentos são classificados ou não como violência obstétrica de acordo com a sua necessidade. Conforme mencionado, uma intervenção não deve ser feita -mesmo a pedido - e pode ser realizada mesmo sob protestos, e ambas as situações não configuram violência. Apesar de ser perceptível que a construção do conceito aqui trabalhado se dá de modo vertical, não contando com a contribuição das clientes, as entrevistadas reproduziram nas entrevistas o que foi dito nas oficinas. Certas vezes elas usaram as exatas mesmas palavras que foram ditas pelas enfermeiras, fazendo referência ao desconhecimento das gestantes sobre a parte científica como motivo pelo qual não são elas que decidem sobre as intervenções a serem feitas.

Mesmo com essa relativa normatização do discurso, Norma e Lívia colocaram, cada uma a seu modo, a seguinte questão: Como saber se a intervenção é necessária ou não? Quem decide? Como saber se os médicos não indicaram corretamente os procedimentos considerados violentos? Quais são, exatamente, os critérios utilizados? Essas perguntas foram retóricas e, no contexto em que se inseriam, soavam como uma

crítica ao fato de que a conduta das enfermeiras se assemelha a dos médicos quando uma intervenção é necessária. Livia afirma que "gosto muito daqui, mas acho que na hora que alguma coisa dá errado tanto faz se é médico ou enfermeira, vão fazer o que tem que ser feito sem dar muita confiança, porque também tem que guardar a vida do neném, né. A diferença é mais quando está tudo certo, aí é outro mundo isso aqui, mas quando dá errado acho que é igual hospital. É torcer pra dar tudo certo."

Apesar da "medicina baseada em evidências" ter sido mencionada diversas vezes na oficina sobre Trabalho de Parto, nenhuma das entrevistadas a mencionou, nem as que tinham dúvidas sobre como eram eleitas as intervenções necessárias ou não.

Um caso bastante particular que chamou atenção durante trabalho de campo é o de Cintia. Ela teve dois filhos, o primeiro em uma maternidade particular, o segundo em um hospital público que está afinado com as técnicas humanizadas, como uso de bola de pilates, água para amenizar dores e incentivo à caminhada. No primeiro parto ela teve o parto induzido, foi anestesiada, realizaram uma episiotomia e ela viu o filho duas horas após seu nascimento. Ela considerou que seu parto havia sido bom, indolor na hora, apesar da dor nos dias subsequentes. O pai de seu primeiro filho, que pagara seu parto na maternidade particular, estranhava a falta de disposição da esposa para o sexo, uma vez que sua ex-esposa em Angola, uma semana após o parto – que ocorreu com a assistência de uma parteira local - já havia retomado por vontade dela a atividade sexual.

Um dia, ao chegar a casa e ver a esposa dormindo nua, algo que Cintia evitava por vergonha da cicatriz da episiotomia, ele espantou-se com a extensão da cicatriz, que se estendia até a coxa. Ele a acordou tomado por uma imensa raiva e perguntou por que ela não contara a ele que a equipe da maternidade a havia violentado, resolvendo ir ao local para pedir explicações à medica que realizara o parto. Cintia comenta com espanto que apenas naquele momento ela descobriu que a episiotomia não era algo necessário e comum a todos os partos, e ali entendeu que havia outras possibilidades.

Quando engravidou do segundo filho ela não desejava tê-lo, mas também não tinha coragem de abortar devido ao medo de ser presa. Nessa gestação ela não fez pré-natal, e, segundo ela, fez todo o esforço que pôde para ter ar um aborto espontâneo. Quando ela entrou em trabalho de parto foi para o hospital mais próximo, onde foi internada e pariu. Lá ela foi incentivada a caminhar, a tomar banho para aliviar as contrações, a fazer alongamentos para acelerar o trabalho de parto, e todas essas medidas foram entendidas como violentas. Somado a isso houve o pedido dela por

anestesia local, pedido que lhe foi negado, pois a médica que estava assistindo seu parto pediu que ela tentasse mais um pouco antes da anestesia, pois a criança já havia coroado e devia estar próxima. De fato, menos de dez minutos depois do pedido por anestesia ela estava com o filho no colo, já sendo amamentado. Ela pediu para levarem a criança para dar banho, pois ela estava suja, novamente teve seu pedido negado, pois foi-lhe explicado que o que ela considerava sujeira era, na realidade, uma proteção.

Todos esses procedimentos, que ela reconheceu como abusos na ocasião do segundo parto, foram resignificados após os meses de pré-natal na Casa de Parto, e ela afirma que hoje sabe que sofreu violência obstétrica no primeiro parto e teve um segundo parto humanizado. O que torna esse caso especial para análise é que houve uma dupla resignificação, um parto que ela havia encarado por anos como normal, transformou-se em uma síntese da violência obstétrica e um parto que ela percebia como cruel - nos termos da própria entrevistada - passou a ser tratado como um parto humanizado.

A discussão que pretende-se suscitar com essa entrevista e que será retomada nas considerações finais é a seguinte: O que torna um parto humanizado ou violento, a percepção da gestante baseada nas suas expectativas e vivências ou o conjunto de técnicas empregadas pela equipe de saúde?

4.2.3 A proximidade da equipe: conhecer e ser conhecida

Um dos aspectos que parece contribuir para a escolha das mulheres pela Casa de Parto diz respeito à frequência das consultas e à disponibilidade no atendimento. O fato de que na Casa de Parto o tempo de espera para atendimento é menor endossa a visão das gestantes de que lá elas são bem vindas, não são vistas como um problema para as enfermeiras. Três entrevistadas faziam acompanhamento simultaneamente na Casa de Parto e em outra unidade de saúde, as demais iam às outras unidades apenas para realizar exames, mas todas já haviam utilizado outras unidades de saúde pública além da Casa de Parto, de modo que consideravam-se aptas a falar sobre o atendimento das mesmas.

As entrevistadas que fazem ou fizeram acompanhamento em duas unidades de saúde trazem as comparações vividas, as demais trazem comparações entre o que

ouviram de conhecidas e o que experimentam na Casa de Parto. Uma vez que quase todas as entrevistadas tem um familiar ou uma amiga próxima que pariu na Casa de Parto, elas dispunham de material suficiente para comparar os relatos das mulheres que pariam na Casa de Parto com os das que pariram em outras unidades.

"Aqui tudo é melhor que no hospital. No hospital ela te vê uma vez por mês, aqui elas te acompanham a semana toda, qualquer coisinha você pode vir aqui, tem uma dúvida, aconteceu alguma coisa estranha, pode ligar... Hospital não você espera onze horas... Aqui não, você é recebido, bem atendido..." (Patrícia)

"Aqui elas sabem quem eu sou, porque tem menos mulheres fazendo acompanhamento aqui do que no outro [hospital], então acaba que todo mundo conhece todo mundo. E cada dia você faz consulta com uma enfermeira, aí quando chega aqui no dia de ganhar neném,a enfermeira de plantão é alguém que você já conhece." (Livia)

Esses trechos de entrevistas revelam dois pontos: Primeiramente que a idéia de ser bem recepcionada não está relacionada apenas com uma satisfação com o acolhimento. Ser bem recepcionada está relacionado com a segurança de ter a quem recorrer em caso de intercorrência. Inicialmente parecia que a vontade delas de serem conhecidas estava relacionada à um desejo de serem reconhecidas como indivíduos dotados de nome e subjetividade, visão em muito influenciada por minhas leituras sobre atendimento na saúde pública, como os trabalhos de McCallum (2007) e Hirsch (2014). Apesar disso não deixar de ser verdade, ser conhecida é também algo valorizado por esse grupo porque as enfermeiras conhecem a sua gestação, sabem do seu histórico de saúde não apenas porque possuem seu prontuário, mas porque elas próprias já realizaram consultas com cada gestante.

Maiara, que faz acompanhamento simultaneamente na Casa de Parto e em outra unidade pública de saúde explica que a diferença básica, para ela, entre as duas, é que em um lugar faz-se perguntas e no outro não, reforçando a idéia de que, a maior diferença entre a equipe da Casa de Parto e de outras unidades está na conversa, naquilo que confere intimidade na relação entre a equipe de saúde e a cliente:

"Lá não é feita nenhuma pergunta! Eu chego lá, sento, elas medem minha pressão, me pesam, aí eu tenho o obstetra, que chega e nem olha na minha cara. Aí pergunta se eu to sentindo alguma coisa, faz umas anotações, agora que tá no final da gestação, ela as vezes dá o toque, ou escuta o coração do bebê e tá liberado. Aqui não, é bem diferente, elas conversam, perguntam como tá a vida, se na hora de urinar sinto dor, se sai alguma secreção... Acompanha, conversa."

A conversa é entendida então como parte da terapêutica, e na Casa de Parto a conversa é a consulta pré-natal em si. Nas vezes em que acompanhei consultas, tanto aquelas com as enfermeiras quanto as com a nutricionista, a conversa é utilizada pelas profissionais como modo de avaliar a gestação e pelas gestantes como modo de obterem conhecimento e informação sobre o que está ocorrendo em seus corpos. A informação parece ter um papel importante no controle da ansiedade, que é apontada como causadora de grandes males durante a gestação, como aumento de pressão, compulsão alimentar que incorre em aumento de peso e diabetes, etc. A conversa tem então uma eficácia que vai além do reforço dos laços entre clientes e equipe de saúde.

Ser conhecida pelas enfermeiras também evita situações de violência verbal e psicológica, a medida em que atrasos, ausência de exames e ganho excessivo de peso podem ser explicados, evitando um tratamento rude por parte da equipe.Gabi, que iniciara o acompanhamento em um posto de saúde, contou consternada sobre o tratamento que recebeu por parte da equipe de saúde.

"teve um dia que eu cheguei atrasada cinco minutos para a consulta, e quando eu cheguei ainda não tinha nem chegado a minha vez. Mas só porque eu me atrasei *cinco* minutos [ênfase dada ao cinco] eles me mandaram voltar pra casa, que não ia ter como atender uma pessoa irresponsável e que não se preocupa com o próprio filho igual eu. Eu me atrasei porque eu fiquei presa no trabalho, que ia ter inspeção e eu não podia sair antes porque eu sou líder de equipe, mas eu não tive nem a chance de explicar."

Ela continua, contando agora sobre como foi o tratamento dispensado pela médica quando ela conseguiu ser consultada:

"No outro dia, quando eu consegui ser atendida, aquela médica nojenta, meu Deus, que mulher nojenta, nem olhava na minha cara. Ela ficava olhando pro papel, escrevendo, da hora que eu cheguei até a hora que eu fui embora. Se perguntar pra ela como eu sou, qual que é a minha cara, ela não sabe. Aí eu tava falando com ela e percebi que ela não tava nem prestando atenção. Eu pedi pra ela prestar atenção que eu estava fazendo uma pergunta e ela respondeu que pergunta eu faço pra comadre, que ela ali estava fazendo o que era importante. [...]"

Nessa narrativa, mais de um aspecto pôde ser percebido. Além do habitual desconhecimento por parte da equipe médica do nome das clientes, nesse caso o rosto também era desconhecido. O relato de Gabi, como o de outras entrevistadas aponta para a sensação, por parte delas, de que são completas desconhecidas, pessoas sem nome,

sem rosto e sem voz. Sônia chega a dizer que as mulheres no posto de saúde não são pessoas, são corpos.

Ao destituir a mulher daquilo que identifica uma pessoa, o resultado é que o tratamento torna-se despersonalizado. Isso pode ser encarado de modo positivo, se for levado em consideração que, como as entrevistadas bem colocam, todas as mulheres no hospital público deveriam ser bem tratadas, respeitadas, e deveriam gozar de igualdade de direitos. O que é levantado como problemático é que o tratamento não é apenas despersonalizado, ele passa por um processo de desumanização. As mulheres não têm nome, rosto ou voz, o que interessa nelas é apenas o corpo que possuem, o qual é o fim último das consultas.

Uma diferença que as entrevistadas apontam entre as unidades de saúde, é que na Casa de Parto o corpo delas é cuidado para que elas tenham uma boa experiência de parto, enquanto nas outras unidades o corpo é cuidado porque apenas ele tem relevância. Cuidar do corpo pode ser um meio para um fim ou um fim em si. Gabi reforça que o que ela busca em um atendimento é "ser tratada como uma pessoa e não como um monte de órgãos com um bebê dentro."

4.2.4 Gestações e partos anteriores

Seguem os relatos dos partos anteriores, oferecidos pelas entrevistadas ao serem perguntadas se as suas experiências anteriores influenciaram na escolha pela Casa de Parto. Norma foi a única das quatro entrevistadas com quem foi possível fazer a entrevista pós-parto, tendo feito comparações entre os partos que serão expostas posteriormente. Diana por sua vez, teve o primeiro parto na rede privada de assistência ao parto e o segundo na Casa de Parto, estando na terceira gestação quando entrevistada. Ela comparou a experiência de parir na Casa de Parto e fora dela, associando a insatisfação no primeiro parto com o motivo de ter buscado a Casa de Parto na segunda gestação.

Norma, Diana, Cintia e Sonia, entrevistadas que tiveram gestações anteriores contaram sobre seus partos, apresentando algumas questões acerca da assistência obstétrica. Cabe ressaltar que três das entrevistadas que não estavam na primeira

gestação referiram a experiência anterior como motivadora da busca pela Casa de Parto, onde pudessem ter uma experiência melhor.

Norma conta que, no parto de sua primeira filha, ela foi obrigada a ficar deitada durante todo o trabalho de parto, sentindo dor, desconforto e ânsia de vômito devido à posição anti anatômica - termo utilizado pela entrevistada - e ao nervosismo que a situação e o ambiente inspiravam. Quando ela entrou no período expulsivo uma a médica que a atendia mandou que ela fizesse força em momentos em que ela não estava com fôlego para tal, dizendo que o bebê morreria se ela não fizesse força e que a responsabilidade de estar passando por tal sofrimento - referindo-se ao parto em si - era dela, por ter engravidado tão jovem. Quando o bebê "coroou", uma enfermeira subiu sobre sua barriga - movimento conhecido como manobra de Kristeller - momento em que todos os seus órgãos doeram tanto que ela imaginou que fosse desmaiar. O parto foi tão traumático que, ao saber que estava grávida pela segunda vez, ela temeu por esse momento.

Diana, que teve seu primeiro parto em um hospital particular, comenta que durante o pré natal, a médica que a atendia tentou demovê-la da idéia do parto normal, de um modo frequentemente relatado por mulheres que fazem acompanhamento com médicos particulares. A entrevistada teve o primeiro parto normal, mas segundo ela isso provavelmente se deveu ao fato de a médica não estar com ela durante o parto, por estar realizando uma cesariana no centro cirúrgico no momento. Diana acredita que, se tivesse dado tempo, a médica a teria encaminhado para uma cesariana, pois ela estava em trabalho de parto enquanto a médica estava fazendo uma cirurgia no mesmo hospital, de modo que talvez, para ir embora mais rápido, a médica sugerisse uma cesariana sob algum pretexto.

Apesar de estar no soro e de ter passado por uma episiotomia, - pois ao chegar na sala de parto a médica viu que sua filha estava nascendo e precisava fazer a episiotomia antes que fosse tarde demais - ela considera que isso foi melhor do que a alternativa, que naquele caso era a cesariana. A questão da episiotomia foi interessante porque na percepção de Diana, a filha já estava nascendo e não estava havendo nenhuma dificuldade no nascimento, que estava sendo acompanhado, naquele momento, pela enfermeira de plantão. Para a entrevistada, isso serve como prova de que o procedimento não é realizado devido à necessidade, sendo movido pela força do hábito, como parte de uma rotina que não necessariamente é eficiente.

O primeiro parto de Diana foi no hospital, o segundo foi na Casa de Parto, não apenas porque ela buscava uma experiência melhor, mas também porque ela estava sem plano de saúde quando engravidou pela segunda vez. Na terceira gestação ela já estava com o plano de saúde novamente.Conhecendo as duas formas de parir, ela escolheu a Casa de Parto:

"dessa vez [na terceira gestação], eu poderia ter no particular, mas eu falei 'Eu não quero ter como tive a primeira', porque a primeira foi em hospital, e foi totalmente diferente, porque eu tive... Tudo que eu não precisava eu tive no particular. Eu não queria passar por isso de novo, porque corria esse risco, no hospital você não tem adecisão, assim, o médico na hora acaba fazendo o que ele quer." (Diana)

Cintia estava na terceira gestação, assim como Diana, tendo tido o primeiro filho em uma maternidade particular e o segundo em um hospital público.Como dito acima, seu primeiro parto teve procedimentos como a anestesia e a episiotomia, os quais ela passou a ver, posteriormente, como violência obstétrica Cintia fez todo o acompanhamento pré natal da primeira gestação em consultórios particulares, comentando que uma diferença marcante entre o atendimento nesses consultórios e na Casa de Parto é o número de exames pedidos em ambas. Na primeira gestação ela afirma ter feito aproximadamente o dobro de exames que fez até o momento na gestação corrente. Para ela, a quantidade de exames pedida nos hospitais particulares foi um exagero, cuja motivação era a esperança de encontrar, em algum exame, algum pretexto para induzi-la a uma cesariana.

Uma vez que não foi possível convencê-la a fazer uma cesariana, o parto foi pela via vaginal, como era sua vontade, mas em sua percepção a médica a viu como uma menina mimada e medrosa. Ela sentiu-se bem durante e após seu primeiro parto, afirmando que passou todo o tempo anestesiada, sem sentir nenhuma dor, tendo recebido seu filho em seus braços tão logo ele veio ao mundo. Além da dificuldade em retomar as relações sexuais devido ao medo de sentir dor e à vergonha da cicatriz da episiotomia, ela também teve dificuldade para amamentar, algo que parece estar relacionado com o parto em si. Ela afirma que a ocitocina liberada durante o parto tem algo diferente da sintética, o que teria dificultado o seu entrosamento inicial com o filho e por conseguinte todo o processo de amamentação. No segundo parto também não houve esse entrosamento e essa paixão iniciais, algo que ela associa ao seu desejo de não ter aquele filho. A sua expectativa para o parto do terceiro filho era finalmente

experimentar esse "amor à primeira vista", mas como não houve entrevista de retorno, não há como saber.

Sônia foi a única entrevistada que teve gestação anterior para quem o primeiro parto não foi o grande incentivador da busca pela Casa de Parto, pois como já foi mencionado, ela teve uma primeira gestação conturbada, devido ao acidente de seu marido, e a isso atribui tudo o que ocorreu de errado em seu primeiro. Ela esperava, antes de mais nada, que tudo ocorresse bem nessa gestação, para que esse parto fosse menos ruim, pois para ela, as emoções eram o fator determinante para o bom andamento do parto. Ela não buscava nada além de um parto seguro e melhor do que o primeiro, o que segundo ela seria bem fácil, já que o primeiro foi muito ruim. Infelizmente Sônia foi encaminhada para a maternidade de referência, pois ela entrou em trabalho de parto prematuramente. Como não foi possível falar com ela novamente após o parto, não há como saber como ela lidou com essa impossibilidade de parir na Casa de Parto.

É possível perceber que, para a maior parte das mulheres que tiveram partos anteriores, o primeiro parto teve um papel importante na escolha da Casa de Parto, pois a maior parte delas busca evitar problemas ocorridos anteriormente.

4.2.5 Direito ao acesso e direito à escolha

Parir na Casa de Parto foi algo melhor aceito pelas mães, maridos e demais pessoas da mesma geração ou de uma geração acima das entrevistadas do que do que pelasavós, vizinhas e conhecidas de mais de uma geração acima.A questão que surgiu aqui foi: Por que essas avós não aprovam a escolha de suas netas?Como as gestantes entrevistadas não estavam com suas avós, não foi possível perguntar diretamente a elas, mas duas outras gestantes estavam acompanhadas das avós, e de modo informal, na sala de espera, iniciei conversas no intuito de compreender melhor essa questão.

Helena, de setenta e cinco anos, explicou que quando teve seus cinco filhos, não havia a opção de ir para o hospital. O médico ia com a assistente - quetratava-se na realidade de uma enfermeira - e fazia o parto em casa, e era tudo pago. Dependendo da situação o médico nem ia à casa, sendo o parto realizado pela assistente, o que acarretava, segundo Helena, em muitos bebês "defeituosos". Ela comenta ainda que era necessário ser trabalhador formal para poder utilizar os parcos recursos de saúde

disponíveis, e como ela e o marido eram trabalhadores informais, precisavam pagar por toda assistência médica que precisassem. Nenhum dos filhos dela nasceu com deficiência congênita ou recorrente de problemas no trabalho de parto, o que para ela foi uma sorte, sendo esse o maior medo dela com relação ao parto da neta.

Franca, de setenta anos, migrante de uma cidade do interior da Bahia, outra avó que acompanhava sua neta no pré-natal, contou que uma de suas oito filhas nasceu morta depois de um parto em casa. Ela relata que a experiência de receber um filho morto nos braços para se despedir foi a maior tristeza de sua vida, e afirmou que, se fosse escolha dela, sua neta não teria filho com *enfermeira.* O tom com o qual Franca referiu-se às enfermeiras era tanto pejorativo quanto maldoso, e quando questionei sobre o que faltaria às enfermeiras, ela respondeu que o que faltava era estudo. Ela completou afirmando que trazer uma criança ao mundo é algo muito importante para ser feito pelas mãos de mulheres, e que eventos de tamanha proporção deveriam ser deixados para os homens, naturalmente melhor preparados para situações de emergência.

Há duas considerações a serem feitas aqui, uma com relação à idéia do hospital como conquista das mulheres e outra com relação à visão de que "médicos" - ressalto o termo no masculino, não é uma generalização para ambos os gêneros - são mais competentes que enfermeiras.

O acesso ao Sistema Único de Saúde(SUS) talveznão seja ainda o ideal, mas o acesso à saúde pública hoje abrange um percentual de brasileiros maior do que até a sua concepção em 1988 e sua implantação na década de 1990. Apesar de já haver, anteriormente à criação do SUS, uma valorização do ambiente hospitalar como próprio para o parto, a dificuldade de pagar por esse serviço afastou Helena e Franca do hospital. Logo, não está-se aqui sugerindo que a transferência da casa/saberes femininos para o hospital/domínio masculino ocorreu posteriormente ou em decorrência da criação do SUS, mas virtualmente foi após a implementação deste que mulheres pobres e moradoras de cidades rurais vislumbraram a possibilidade de parir em um hospital.

Algumas técnicas que recebem críticas por parte da equipe da Casa de Parto e das gestantes foram exaltadas como conquistas femininas, como a anestesia e a episiotomia - que ambas as senhoras afirmaram ter desejado quando tiveram seus filhos. A vontade de terem sido submetidas à episiotomia ocorreu porque ambas necessitaram de cirurgias para corrigir a incontinência urinária, causada - segundo os médicos, consultados por elas - pelo afrouxamento vaginal provocado pelos partos feitos fora do hospital e sem os pontos. A episiotomia - chamada de "pique" pelas senhoras - aparece

então como a salvação dos períneos e a prevenção de futuros problemas de incontinência urinária. A neta de Helena, ao retornar da consulta e ouvir a avó defender o parto no hospital, desculpou-se comigo pela ignorância da avó, justificando que ela não sabe de nada por ser velha.

O outro ponto de discordância das avós com relação à escolha das netas pela Casa de Parto relaciona-se com a crença na maior capacidade dos homens, aparentemente mais do que à maior capacidade dos médicos. À época em que Helena e Franca pariram, as mulheres não eram personagens recorrentes nas cadeiras do curso de medicina, sendo a enfermagem o espaço onde elas se inseriam na área da saúde, e onde durante décadas os homens não tinham entrada. Somado a isso há a visão da enfermeira como assistente do médico ou como funcionária dele, o que sugere que elas não têm conhecimento suficiente sobre parto, necessitando de ordens expressas deles para saber agir. Desse modo mantém-se uma relação de subserviência da mulher com relação ao homem e da enfermagem com relação à medicina, essa última relação mediada pela primeira.

O que pretende-se afirmar aqui é que, talvez, parte da construção de que homens são mais aptos para realizar partos do que mulheres advenha do fato de que a medicina era exercida majoritariamente por homens à época em que as entrevistadas pariram. Isso, somado à crença na superioridade intelectual e moral masculina, - que foi verbalmente enunciada pelas duas avós com quem conversei - pode ser o motivo da relutância das demais avós de entrevistadas com relação à escolha pela Casa de Parto.

4.2.6 Loucas e corajosas

Apesar de as avós serem os personagens que impõem resistência com mais veemencia, outras pessoas fazem alusão ao fato delas parirem na Casa de Parto como uma loucura. Algumas pessoas, segundo as entrevistadas, mesclam a loucura com a coragem, referindo-se ao parto sem a assistência de médicos como loucura e ao parto sem analgesia de nenhum tipo como coragem.

Elas afirmam que as pessoas de fora da Casa, que não pariram lá, não sabem o que é violência obstétrica, e percebem procedimentos que elas entendem como violência como ajuda. Diana conta que quando decidiu ter sua segunda filha na Casa de Parto

algumas pessoas perguntavam o que ela faria se precisasse de alguma "ajuda", - colocado entre aspas imaginárias sinalizadas com as mãos pela entrevistada- e se a idéia de não haver médicos na casa não a amedrontava. Ela argumenta que, na maior parte dos casos, as ajudas de que se fala são a episiotomia, o soro comocitocina para acelerar o trabalho de parto e a manobra de Kristeller - que ela referiu como empurrão na barriga. Para a entrevistada esses procedimentos são de fato uma ajuda, mas para a equipe médica e não para a mulher. Quanto à insegurança por não haver um médico, ela conta que sente um pouco de preocupação, mas que o bom atendimento e o parto com respeito valem a pena, afinal, as enfermeiras que trabalham na Casa de Parto tem habilidade e experiência em assistência obstétrica.

Perguntei a Diana se na Casa de Parto havia essa ajuda também - já sabendo que o uso de ocitocina e a episiotomia eram recursos existentes lá - ela afirmou que sim, mas que lá era diferente. Diana, como outras entrevistadas, demonstra ter uma confiança de que a equipe da Casa de Partoé, de certa forma, abnegada, o que implicaria na não utilização desnecessária de técnicas que, se utilizadas sem benefício para a gestante, são nomeadas como violência obstétrica. Norma diz que "aqui na casa elas não pensam nelas, sabe? Elas pensam primeiro na gente e na criança. Que no hospital tem negócio de muito... aqui não, elas são muito abnegadas". Essas técnicas também não são utilizadas para ajudar a mãe como uma forma de acelerar o parto ou de poupá-las da dor. Como Patrícia expressou de forma clara e outras entrevistadas de maneira mais tímida "[...]aqui não tem ajuda pra mulher que tá com preguiça, é o que elas falam, aqui você vem pra ter trabalho, nada de acelerar porque tá com pressa, tá cansada... cansa mesmo (risos)".

A idéia de que as mulheres que parem na Casa de Parto são loucas, relaciona-se, segundo a percepção das entrevistadas, com a ausência de médicos no local. Elas afirmam que as pessoas não entendem o parto como algo fisiológico e que ocorre normalmente a menos que haja algo extraordinário. Como explica Diana, "Se a pessoa entende o parto como algo perigoso, vir para a Casa de Parto vira uma atitude temerária".

Mesmo tendo em vista que o parto é um evento fisiológico, o uso da expressão "Aqui só tem enfermeira" não apareceu apenas entre quem chama as entrevistadas de loucas, mas também como modo de expressar uma insegurança delas, como ocorreu nas colocações de Cristiane "A gente fica preocupada, que se der algo errado. Não vai dar, mais se der, só tem as enfermeiras" e Patrícia "... Tem que confiar e rezar, porque aqui

só tem enfermeira". Se por um lado elas referem total confiança na equipe, por outro parecem reproduzir a idéia de suas avós de que algo falta na assistência oferecida na Casa de Parto. Mesmo que em uma análise do custo- coisas de que se abre mão - benefício - coisas que se recebe especificamente por estar na Casa de Parto - a escolha pela Casa de Parto seja considerada melhor, a ausência de médicos é levada em consideração pelas entrevistadas.

Uma consequência da idéia de que parir na Casa de Parto é loucura, mesmo que elas não compartilhem dessa visão, é o receio de ouvir "eu te avisei" no caso de algo dar errado. Algumas entrevistadas comentaram saber que coisas erradas podem ocorrer mesmo em um lugar com uma boa assistência, e temem que isso seja relacionado à escolha delas pela Casa de Parto, o que de certa forma faria recair sobre elas a responsabilidade por uma possível fatalidade. Gabi conta que sua família, que não mora no Rio de Janeiro, considerava imprudente que ela parisse em um local onde "só há enfermeiras" tendo tantas opções de hospital na cidade. Parentes seus comentaram que se algo desse errado ela não teria a quem culpar além de si mesma. Essa colocação fez com que ela sentisse medo de parir na Casa de Parto, especialmente porque, devido ao seu aborto espontâneo anterior, ela sentia-se apreensiva.

O que fez com que Gabi mantivesse sua escolha foi, segundo ela, um calculo. "Eu fiz as contas, lá no outro [hospital] era só gente mal educada [...] Era capaz de matarem meu filho de tanta brutalidade. Aqui tem um atendimento bom e eu acho que meu bebê tem mais chance de sobreviver, de nascer bem. Então eu fiz as contas e escolhi aqui.". Para Gabi, e para outras entrevistadas, o risco existe na Casa de Parto, assim como existe fora dela. Elas não se consideram loucas, dentre outros motivos, porque reconhecem que há a possibilidade de algo ocorrer fora do normal, mas essa possibilidade existe tanto na Casa de Parto quanto nos hospitais. A escolha delas é tomada após conhecer a Casa de Parto, quando elas fazem considerações claras sobre os prós e contras da instituição, comparando-a com os outros espaços de assistência ao parto.

4.2.7 A escolha do acompanhante

Ter um acompanhante na hora do parto é um direito das gestantes e é muito enfatizado nas oficinas. Contudo, encontrar ou escolher alguém para acompanhá-las é uma questão interessante para as entrevistadas. Em alguns casos haviam muitas pessoas concorrendo às duas disputadas vagas de acompanhante, em outros, ninguém queria assistir ao parto. Essa questão foi ainda mais relevante para as gestantes cujos maridos não queriam acompanhá-las, havendo um momento de negociação e convencimento, por parte da mulher. Os dois acompanhantes que as mulheres mais escolhem são marido e algum personagem feminino da família, normalmente mãe ou irmã. Nas oficinas foi feita a frequente menção ao marido como um acompanhante que deve estar presente na sala, trabalhando na gestante a aceitação desse personagem, apesar de uma possível timidez e medo da mudança do olhar do marido sobre si. O que parece acontecer, uma vez que as mulheres solicitam a presença do marido durante o trabalho de parto - mesmo a contragosto em um primeiro momento, conforme algumas contam nas entrevistas - é a resistência por parte deles próprios à essa participação.

A visão corrente é de que homens são "frouxos", termo utilizado pelas gestantes e pelos próprios maridos para referirem-se à inaptidão para a dor e para o sangue envolvidos em um parto. A partir daí, ocorre um processo de negociação entre mulheres e maridos, elas convidando-os para o parto, convencidas de que o casal está grávido junto e deve, por isso, parir junto, e eles argumentando contra si próprios enquanto acompanhantes. O que torna uma pessoa desejável como acompanhante são qualidades como companheirismo, paciência, tranquilidade e habilidade de tranquilizar e transmitir segurança, as entrevistadas acreditam que terão isso de suas mães, mas tem dúvidas com relação aos maridos. A enunciação dessas qualidades dos acompanhantes foram observadas em três momentos ao longo do trabalho de campo: nas oficinas, por parte das enfermeiras e nas entrevistas e sala de espera, por parte das gestantes.

A escolha dos acompanhantes foia única dentre as perguntas mais gerais da entrevista sobre as quais todas as entrevistadas se ativeram por mais tempo. Os casos mais particulares são aqueles em que as entrevistadas querem os maridos como acompanhantes mas eles não querem acompanhá-las.

Gabi mora no Rio de Janeiro mas sua família e a de seu marido moram na região Nordeste. Sua irmã virá para o Rio com alguma antecedência ao parto, para poder

acompanhá-la e ajudá-la nos primeiros dias após o parto. Ela contava então com o marido para acompanhá-la, mas ele afirmou que não iria, pois desmaiaria com o sangue e acabaria necessitando de cuidados, atrapalhando o processo. A partir daí, ela conta que foi iniciado um longo processo de convencimento, que já durava meses e ainda não estava acabado, mas de acordo com a percepção dela, ela está no caminho certo.

Toda vez que o marido pede a ela que faça alguma coisa, desde preparar um feijão até fazer obra com ele em casa, ela comenta com ele sobre como seria bom se ela pudesse contar com ele como ele pode contar com ela. A idéia é que isso mostre a ele que eles fazem as coisas juntos porque são um casal, que vive junto, está esperando um filho junto e por isso deve estar junto durante o trabalho de parto. Gabi diz que:

"ele já percebeu qual que é o meu jogo, porque ele não é besta, não é, que se fosse eu não casava, mas ele fala que é pra eu parar, que ele não quer ir porque tem medo de atrapalhar mais do que ajudar. Aí eu então fiz assim, eu falei pra ele que na hora que estiver nascendo mesmo ele não precisa estar, que é quando tem o sangue mesmo. Aí não precisa, ele fica comigo só durante, no trabalho de parto mesmo ele pode ficar em outro lugar. Aí ele disse que vai pensar, mas que não quer dar uma resposta ainda, mas eu acho que eu ganhei essa."

Lívia tem uma história semelhante, a mãe é a única acompanhante confirmada até agora, o marido ainda não está decidido a participar, pois tem medo. O caso dela tem ainda uma questão familiar, pois sua mãe deseja fazer todos os procedimentos que, nas próprias oficinas, são estimulados a serem feitos pelos pais, como amparar o bebê e cortar o cordão umbilical. Quando perguntada sobre quem seriam seus acompanhantes, Lívia conta o que segue:

"Minha mãe, que quer cortar o cordão e segurar, que fazer tudo. O pessoal do trabalho até brinca 'tu é uma barriga de aluguel, né, Lívia? Porque não é você que vai cuidar'. É praticamente isso, acho que é isso que vai acontecer, porque pela minha mãe... E eu to vendo se ele [marido] quer ver, porque ele fica 'ah, não sei. Você vai ficar gritando? Vai sentir muita dor? Sangra muito?', ele fica nervoso."

Como para as gestantes que parem na Casa de Parto o direito a dois acompanhantes é vivido como obrigação de ter dois acompanhantes - apesar da menção na oficina ao fato de o acompanhante ser um direito da mãe e não do acompanhante, podendo inclusive optar por não ter acompanhantes - questionei sobre o que ela faria caso ele decidisse não ir. Lívia diz que não tem um plano B, e está confiante que ele vai, mesmo se não quiser, para apoiá-la. Ela menciona ainda que ele queria muito que ela

engravidasse, e entende que a recusa dele a participar do parto é lida como uma injustiça, posto que ela engravidou em certa medida para atender um desejo dele, que, sendo muitos anos mais velho que ela, sentia o desejo de ser pai antes de ter idade para ser avô.

Diana não passou por situação semelhante, mas temia passar. Para evitar que isso acontecesse ela disse ao marido que ele ia acompanhá-la ao invés de perguntar se ele queria. Ela entende que os homens são muito "frouxos", e por isso eles acabam optando por não estar se isso lhes for facultado. Nesse caso, o melhor a fazer é comunicar ao invés de perguntar. Quando questionada sobre o que ela faria se o marido se recusasse a assistir o parto, ela riu e afirmou que se ele não quisesse ela entenderia, mas que ela preferia que ele quisesse. Por isso Diana já informou ao marido, com antecedência que, por haver a possibilidade de ter dois acompanhantes, ele iria.

O caso de Cristiane traz a referência à vontade de não participar do parto como uma das muitas formas de alienação do marido com relação ao casal e à gestação. Conforme já foi mencionado na apresentação das entrevistadas, Cristiane costumava queixar-se, na entrevista e nas outras ocasiões em que nos encontramos na Casa de Parto, da falta de comprometimento e envolvimento do seu marido na gestação. Com relação ao parto isso se repetiu, e ele já havia decidido, à época da entrevista, estar com a esposa, mas inicialmente ele sugeriu que apenas mulheres deveriam estar presentes durante o parto. A estratégia utilizada por Cristiane foi fazer com que ele se integrasse à gestação, estimulando-o a conversar com o filho que estava no útero, enunciando relações entre os movimentos intra-uterinos e a alegria do filho em estar perto do pai, fazendo com o que o marido percebesse que já estava conectado ao filho. Cristiane considera que o parto faz parte da gestação, sendo a última etapa antes do bebê estar nos braços da família, tornando físico então um laço que já existia durante nove meses. Desse modo, ela acreditava que se ele se engajasse na gestação acabaria naturalmente querendo ser um acompanhante, o que de fato aconteceu. Ele decidiu que acompanharia o nascimento do filho antes de começar a frequentar as consultas, mas para Cristiane, tudo fazia parte de um mesmo processo de integração.

As gestantes e seus maridos - que muitas vezes vão com elas às consultas - afirmam que a gestação é um período em que a mulher e o filho constroem um laço de intimidade. Durante nove meses, a mãe sente o filho crescer, mexer, percebe que ele se reage a estímulos sonoros, etc. Em suma, a gestante percebe o filho de um modo que o pai não poderia, mesmo se quisesse. A ele resta então a posição de suporte, garantindo

que os desejos da mãe sejam realizados, montando o berço e fazendo os trabalhos braçais - faxina de banheiro e limpeza pesada, por exemplo - que a mulher esteja impossibilitada de fazer.

O parto é a apresentação do filho à mãe, conforme expresso nas entrevistas, e as entrevistadas contam que estão ansiosas para segurar os filhos pela primeira vez, mas para o pai, essa é uma apresentação que parece ter mais significado. Desse modo, a participação dos pais é valorizada, dentre outros motivos, porque as gestantes acreditam que esse primeiro contato é fundamental para a criação de laços que elas já construíram com eles mas eles não. Por esse motivo as gestantes afirmam que querem a presença do pai, e acrescentam que esse momento é o começo da relação dos dois.

4.2.8 "O futuro a Deus pertence": sobre planos e partos

O plano de parto é um papel, que muitas vezes as gestantes colorem e decoram, onde elas devem colocar informações como qual o aroma elas desejam no ambiente, quais os acompanhantes, que técnicas de alívio da dor elas desejam, em que lugar e como gostariam de parir, etc. Lendo alguns planos de parto é possível perceber também que ele é utilizado como uma forma de apresentar-se para o bebê, como se no momento em que a gestante estivesse escrevendo o bebê estivesse presente, lendo as palavras de carinho ali escritas. As gestantes que não sabem o que é ou como deve ser feito o plano de parto recebem um já confeccionado para saber qual é o modelo.

Uma das perguntas feitas na primeira entrevista diz respeito aos planos de parto. É solicitado pelas diretoras da Casa de Parto que as gestantes levem, na consulta da 37ª semana, um plano de parto contendo os procedimentos, ambientação e acompanhantes que elas desejam. Essa pergunta foi inserida para poder fazer uma comparação entre o parto esperado e o que elas tiveram, mas acabou por revelar que o modo como elas encaram o trabalho de parto em si é incompatível com esse planejamento.

As entrevistadas falam sobre o plano de parto como algo que elas fazem porque é solicitado, mas cuja utilidade, como instrumento para guiar o parto, é duvidosa. Algumas gestantes tinham medo de fazer o plano de parto e sentirem-se engessadas nele, preferindo então escrever um plano de parto mais básico, onde consta apenas que elas desejam ter liberdade para seguir "o que o corpo mandar" na hora. Essa expressão

de fato foi utilizada por duas entrevistadas, e a idéia contida nela foi utilizada por outras. A idéia aqui é que não há como saber como será o parto, porque como ele é um processo da natureza, fisiológico e animal, os instintos vão ser decisivos para o andamento do parto. As entrevistadas entendem que o plano de parto é um auxílio para a equipe e para os acompanhantes, sendo um jeito de prepará-los para o trabalho de parto, mais do que como um planejamento do que e como vai acontecer. Seguem alguns trechos dos diálogos sobre planos de parto onde fica perceptível essa construção conjunta do mesmo.

"Hoje vou sentar com eles [os acompanhantes] pra ver como vai ser. Em relação a coisa de cheiro... Eu não gosto muito de incenso, então é algo que eu acho que não vou querer... Se for ter música, vão querer por charme, dançante, aí a avó vai querer dançar e o pai vai querer dançar, então acho que não deve ser[...]Em relação a coisa de luz... Acho que a luz meio apagada, meio escuro. O neném não tem luz lá dentro, então acho que vai ser incômodo se tiver luz. Eu queria muito ter na banheira, mas o pai dela acha que ela vai se afogar ... Eu acho legal [o plano de parto], mas não adianta escrever o que eu quero que na hora pode acontecer tudo diferente. Você não sabe como vai estar na hora. Eu... Vou escrever e tal, do jeito que eu quero, mas como ela [a enfermeira] falou, não necessariamente vai acontecer do jeito que eu quero." (Lívia)

"Ele [marido] quer mudar música, o incenso, fala que quer que seja na banheira... Eu não quero ter lá. Aí toda hora que eu falo que vou fazer meu plano de parto ele pede pra esperar ele chegar do trabalho, pra conversar. Aí vou fazer amanhã, e toda hora muda alguma coisa. Só que a grávida sou eu, né, aí a gente fica nessa. [E como vocês vão resolver isso?]. Vou fazer meu plano de parto sozinha. Quando ele souber, já foi. (risos)" (Patrícia)

O caso de Lívia é interessante porque o marido dela não quer estar com ela no trabalho de parto, mas quer opinar com relação ao mesmo. Ela comenta que se o marido estiver na suíte de parto ele ficará chateado, pois ela aceitará as sugestões dele no plano, para deixá-lo contente, mas há coisas que ele propôs que não a agradam, e que ela fará diferente quando chegar a hora. Ela conta que aceitar as sugestões dele fazem parte do trabalho de convencimento dela sobre ele, pois acredita que se ele estiver envolvido no plano de parto, vai se interessar em participar desse momento, apesar do medo de passar mal.

Gabi afirmou que não faria o plano de parto, pois "o futuro a Deus pertence". Tendo tido um aborto espontâneo, que frustrou suas expectativas, ela conta que passou a

detestar planos, e que só pensaria sobre isso quando o filho já estivesse no seu colo. O pré-natal era feito para garantir um bebê vivo e prepará-la para possíveis choques em caso de nova perda e, nos termos da entrevistada, o que importa é ter o filho, do melhor jeito possível, mas o que importa é ter o filho. Até o parto ela afirma que "ele [o bebê] ainda é uma idéia, só vou falar 'ah, eu tenho um filho' quando ele estiver no meu colo. Deus me livre, mas até lá tudo pode acontecer.".

Não apenas o parto de Gabi não foi planejado mas o quarto também não, ela conta entre lágrimas que comprou móveis, ganhou o enxoval completo e pintou o quarto para receber um filho alguns anos atrás e desde então, após o aborto espontâneo, foi se desfazendo das coisas que comprou. Agora decidiu não comprar mais nada, tem apenas as coisas que ganhou, e vai pensar ainda no que fazer nos primeiros dias de vida do bebê.As compras não serão feitas para um filho que pode ser que nem venha, posto que Deus pode não tê-la perdoado ainda pelo primeiro aborto feito, elas serão feitas para um filho que exista de fato.

5 **REVENDO A EXPERIÊNCIA DO PARTO**

Realizei cinco entrevistas nesse segundo momento, e em geral elas foram mais curtas que as primeiras. Conversei com Norma, Patrícia, Cristiane, Livia e Maiara, mas Lívia e Norma não pariram na Casa de Parto.

5.1 **Será trabalho de parto?**

Para as entrevistadas foi difícil perceber que estavam em trabalho de parto, sendo esse um dos pontos da segunda entrevista sobre o qual elas detiveram-se por mais tempo. Na oficina sobre Trabalho de Parto foi dito que, quando elas estivessem em trabalho de parto, seria impossível não perceber, pois ele tem características claras. Para três das cinco entrevistadas, entretanto, não foi fácil reconhecer o início do trabalho de parto.

A primeira dificuldade no reconhecimento do trabalho de parto tem relação com a espera de uma dor em intensidade maior do que a experimentada. Todas as entrevistadas tiveram mais de uma vez a impressão de já estarem em trabalho de parto dias antes de realmente estarem, e por isso as contrações deixaram de ser vistas, por elas, como indicativo de trabalho de parto ativo. Patrícia conta que, antes de estar realmente em trabalho de parto, foi à Casa de Parto três dias, achando que o filho estava nascendo. Quando realmente ela estava em trabalho de parto ativo, não tinha certeza, tendo ido à Casa de Parto normalmente para o pré-natal, achando que estava ainda tendo as chamadas contrações de treinamento.

"Uma hora da manhã eu não estava aguentando mais. Mas eu continuei dentro de casa. Fiquei sentido dor a noite toda, sentada, numa posição só. Aí quando foi nove horas eu vim pra cá, que eu tinha pré-natal, meu último pré-natal, eu já vim pra cá sentindo dor. Aí eu pensei: Vou esperar mais um pouco, que elas vão me mandar voltar pra casa. [pensamento que a levou a ir para a Casa de Parto apenas no horário do pré-natal]. Quando eu levantei pra pegar água [já na Casa de Parto, aguardando a consulta], minha bolsa estourou."

Lívia conta que "No dia antes eu tava já...Eu tava com aquela coisa, tava passando mal, mas aí eu pensei 'não tá doendo ainda o suficiente.' Aí eu comecei a sentir que o intervalo entre as contrações estava diminuindo, mas ainda não estava aquela dor da morte que eu tava esperando, coisa de osso quebrando e tal. Aí quando eu cheguei aqui [na Casa de Parto] no dia que eu fui ter ela, já tava tudo engatado mesmo. Só que não tive aqui, mas se eu tivesse aqui tinha sido jogo rápido. Eu até agora não acredito que a dor de trabalho de parto é aquela miséria de dor que eu tive (risos)".

A única entrevistada que teve certeza de estar em trabalho de parto, não tendo ido à Casa de Parto antes, foi Maiara. Antes do gravador ser ligado ela contou que foi muito importante para ela o estudo, pois por ter estudado bastante sobre parto e trabalho de parto, reuniu informação suficiente para ser uma "especialista do meu próprio corpo". Ela engajou-se em atividades de conscientização corporal, e contou que a prática de técnicas de relaxamento e concentração fizeram com que ela tivesse um conhecimento do próprio corpo que supera o conhecimento passado por outras pessoas. Em certo momento ela afirma que "as oficinas aqui ajudam muito, em termos assim, de dizer o que comer, pra ficar calma, essas coisas, mas cada um tem uma experiência. Então eu acho que vale mais você conhecer o seu corpo, que é diferente do de outra pessoa, do que se guiar só pelo que as pessoas falam sobre como é.".

Maiara conta como foi perceber que estava em trabalho de parto: "Quando eu comecei a sentir dores semelhantes a cólica menstrual e ao mesmo tempo vontade de defecar. Eu tava... Eu comecei a passar mal. Passar mal não, eu tive dor de barriga um dia antes, de madrugada, quase não dormi, quando peguei no sono, acordei cedinho, era cinco e pouca da manhã, com vontade de ir ao banheiro. Fui ao banheiro e, quando fui tomar banho, é que começaram as dores. Aí foi quando eu falei com meu marido: Ó, to sentindo dor, não vai trabalhar e vamos pra Casa de Parto. Quando vi que eram realmente contrações, eu vim pra cá. Foi quando eu percebi que tava na hora."

Cristiane foi à Casa de Parto duas vezes antes de ser internada, pois sua percepção da dor fez com que ela passasse dois dias com uma dor muito intensa. Ela havia comentado na entrevista anterior que se percebia como uma pessoa com pouca tolerância à dor, o que, para ela, pode ter feito com que o sofrimento dela fosse maior do que o necessário. Quando perguntei-lhe sobre o motivo dessa percepção ela explicou que todo mundo com quem ela conversava falava que o parto tinha sido muito tranquilo em termos de sofrimento, que a dor estava sempre dentro de um limite aceitável. Já ela sentiu realmente que seus ossos estavam quebrando, e acredita que pode ter sentido

mais dor por que estava com medo: "eu estava sentindo uma dor insuportável, eu respirava, usava a bola, mas não tinha nada que melhorasse, aí eu chego e vejo todo mundo falando que foi ótimo, que foi fácil. O meu não foi fácil, eu sofri bastante...eu acho que por causa do meu medo, que o medo da dor aumenta a dor, e aí começa aquele ciclo, aí a dor ao invés de ajudar te atrapalha."

5.2 **A dor do parto, "um bem doloroso"**

Esse ciclo sobre o qual Cristiane falou foi mencionado diversas vezes na oficina sobre Trabalho de Parto, e aparentemente é o que insere a mulher em um contexto em que os hormônios errados - para essa situação - passam a agir. Evitar esse ciclo é um dos motivos pelos quais as mulheres buscam informações sobre como ocorre um trabalho de parto, pois saber sobre o processo diminuiria o medo dele, e o sofrimento é retroalimentado pela dor.

É válido retomar aqui a discussão conduzida pela enfermeira na oficina sobre Trabalho de Parto, em que a dor é diferenciada do sofrimento. Essa separação operada na oficina foi retomada por todas as entrevistadas, e a dor do parto - não o sofrimento, a dor do parto - é vista como um mal necessário, ou como diz Norma "um bem doloroso". Esse termo foi usado por Norma porque "A dor não é um mal né, um mal é um câncer, uma coisa que te prejudica. A dor é uma coisa que é pro bem, diz pra você como colocar seu corpo. Na hora que ele tava nascendo eu fiquei de cócoras e agarrei a primeira coisa que eu vi. Que no caso foi minha mãe (risos). E ele nasceu escorregando, igual uma gelatina. Se eu não tivesse feito o que a dor me fez fazer, de repente não tinha sido tão rápido, é o que ela [enfermeira] diz'a dor é sua amiga'."

Talvez seja essa conotação positiva atribuída à dor a responsável por fazer com que Maiara buscasse a dor. Maiara conta que, durante o trabalho de parto, mudou de posição várias vezes, buscando uma posição que fosse mais confortável para si, mas quando a encontrou, não gostou:

"Acho que amenizava a dor, a dor não vinha tão... Eu sei lá, não gostei porque não vinha *aquela* dor, e acho que você tem que sentir *a* dor pra poder expelir o neném. [...]A dor é o que ajuda a expelir o neném do corpo, né, que é o momento em que você sente a contração. No momento em que você sente a contração é o momento que você

tem que fazer força pro neném sair. Se você está fazendo uma posição que não tá fazendo essa dor, o bebê acaba demorando muito... Pelo menos na minha concepção, é isso, se não tá sentindo dor tem alguma coisa errada." (Maiara)

Norma narra uma experiência semelhante com a dor. Ela buscou posições que diminuíssem a dor das contrações, que estavam leves mas incômodas, e encontrou alívio utilizando a bola de pilates que tem em sua casa. Quando notou que as dores estavam leves demais, ela temeu que, sem sentir dor, não soubesse quando fazer força e o bebê acabasse entrando em sofrimento. Ela mudou então de posição, de modo que pudesse sentir as dores que guiariam seu corpo para a posição mais adequada e apontariam os momentos de fazer força. Já Patrícia sequer sentiu a dor. Ela conta que seu trabalho de parto foi quase indolor, e que todas as dores que sentiu durante as poucas horas em que ficou internada se assemelhavam à cólica menstrual.

De modo geral, o trabalho de parto frustrou as expectativas das entrevistadas no que dizia respeito à intensidade e ao tempo de duração das dores. Isso gerou, posteriormente, tensão em Patrícia, que se perguntava sobre o que ela iria me contar quando eu voltasse para entrevistá-la. A primeira conversa que tivemos, assim que nos reencontramos na Casa de Parto foi sobre isso, ela pedia desculpa por não ter sentido dores que valessem à pena falar sobre, que o parto foi muito fácil e por isso não havia muito o que ela pudesse me contar. Nesse momento ela falou que seu trabalho de parto durou apenas vinte minutos, e que se eu desistisse de entrevistá-la por causa disso ela ficaria um pouco chateada mas entenderia. Um trabalho de parto que durasse apenas vinte minutos parecia, no mínimo, inusitado. Tendo realizado outras três entrevistas pós parto antes dessa, foi possível imaginar que o que Patrícia estava chamando de trabalho de parto possivelmente diferia do entendimento das demais entrevistadas. A explicação de Patrícia sobre isso trouxe uma outra perspectiva sobre o entendimento de trabalho de parto.

Patrícia explicou que ela começou a sentir dores dias antes do parto, tendo ido á Casa de Parto três vezes com a impressão de estar em trabalho de parto ativo, quando sua bolsa estourou, no meio da sala de espera em um dia normal de consulta pré-natal, foi uma surpresa para ela. Foi uma surpresa positiva, pois se ela não parisse naquele dia não poderia mais parir lá, pois ultrapassaria a idade gestacional máxima atendida na Casa de Parto, mas mesmo assim ela estava despreparada. Após ser internada demorou cerca de uma hora para que seu filho nascesse, e o período expulsivo, durante o qual ela

teve que concentrar-se na respiração e nas técnicas corporais aprendidas, durou apenas vinte minutos.

Esses vinte minutos em que ela teve essa participação "mais ativa", nas palavras da entrevistada, é o que ela chama de trabalho de parto. "Porque antes eu não estava fazendo trabalho né, eu só estava lá. Aí foi nos vinte minutos finais mesmo que eu fiz força e coisa e tal, aí isso que é o trabalho de parto pra mim. Antes quem tava trabalhando era ele [o bebê] e as enfermeiras, né? (risos), por isso que eu to te dizendo, meu trabalho de parto foi vinte minutos, o dele acho que durou uns três dias.". Essa idéia de que o bebê realiza trabalho para nascer esteve presente na fala de todas as outras entrevistadas. Apesar de ter sido nessa entrevista onde mais claramente foi feita uma separação entre os trabalhos da mãe e de seu filho, a idéia de que a criança tem um papel ativo no trabalho de parto é muito presente.

5.3 **Os acompanhantes no trabalho de parto: uma questão de protagonismo**

Todas as gestantes demonstraram, na primeira entrevista realizada, uma expectativa com relação ao acompanhante durante o parto. A participação deles acabou sendo, entretanto menos importante, na avaliação das entrevistadas, do que elas imaginaram. O motivo disso parece ser o fato de que todo o trabalho é realizado por elas e pelas enfermeiras, de modo que o acompanhante acaba tendo suas funções restritas a amparar o bebê e cortar o cordão umbilical quando ele para de pulsar.

O marido de Cristiane dormiu durante todo o trabalho de parto, pois estava cansado de um longo turno de trabalho. O marido de Patrícia não estava na Casa de Parto, pois ele foi buscar a bolsa do recém-nascido em casa e, como o parto demorou menos de uma hora, quando ele chegou o cordão umbilical já havia sido cortado - papel que ele desejava desempenhar - e o filho estava no seio da mãe. Norma conta que a importância de sua mãe no trabalho de parto não foi a importância de um acompanhante e sim a de uma parteira, pois ela fez os primeiros cuidados com o neto, além de prover toalhas fervidas e um ambiente limpo para o parto.

Essa diminuição na participação do acompanhante é resultado muitas vezes de um processo de negociação entre a gestante e os acompanhantes, pois com frequência elas mencionam uma irritação no momento do trabalho de parto que torna inviável a

interação com maridos, irmãos e mães. Cristiane conta que durante o trabalho de parto houve um momento em que ela pediu para ficar sozinha, indo para a banheira e solicitando que ninguém a acompanhasse. Sua mãe não entendeu esse pedido e queria estar mais próxima para lhe dar suporte emocional, e Cristiane conta que a mãe ainda está chateada por não ter estado perto quando a neta nasceu. A elaboração do plano de parto parece surtir um efeito sobre os acompanhantes, fazendo com que eles imaginem que terão um papel importante a desempenhar durante o trabalho de parto. Quando o momento chega, a mulher não apenas é protagonista, mas acaba sendo a única personagem, e os acompanhantes se deparam com a compreensão de que eles são a equipe que atua nos bastidores e não no palco.

Essa comparação entre o parto e uma peça de teatro foi feita por Bia, que foi entrevistada apenas no primeiro momento devido ao fato dela não ter parido na Casa de Parto. Bia diz que diz que o parto é uma peça onde a gestante é a única personagem. Como o bebê está dentro da gestante, ambos são a mesma pessoa, até que a protagonista faz uma grande revelação de si e a peça acaba. Essa grande revelação é o bebê, que é não apenas o ponto alto da peça mas o motivo que leva tanto a personagem principal quanto a equipe de apoio - acompanhantes e equipe de enfermagem - a estarem ali. As oficinas são os ensaios, porque a peça tem única apresentação e entrar no personagem fundamental para que ela seja um sucesso.

Os expectadores são todas as pessoas que vão assistir o vídeo e ver as fotos do parto, bem como a própria equipe de apoio, que vê no sucesso da apresentação o sucesso deles próprios. O que ocorre, na visão de Bia, é que as oficinas e o plano de parto - que muitas vezes é feito em conjunto - dá aos acompanhantes a idéia de que eles vão ser protagonistas do espetáculo, e quando eles notam que são a equipe de apoio acabam ficando chateados. Bia não havia tido parto anterior, de modo que essa comparação foi feita por ela em referência a uma conversa entre duas gestantes na sala de espera que ambas presenciamos, em que uma delas comentava que o marido e a irmã estavam muito irritados porque ela pediu para ficar sozinha no momento em que o filho estava nascendo.

5.4 **Mudança repentina de planos**

Lívia e Norma pariram fora da Casa de Parto, sem terem planejado isso com antecedência. A equipe de enfermagem informou que as demais entrevistadas que não pariram lá, devido a complicações na gestação ou prematuridade do feto, já sabiam da impossibilidade de parir lá. Norma e Lívia foram surpreendidas. Norma não foi impedida de parir lá, mas acabou parindo em casa, pois não identificou que estava em trabalho de parto. Lívia teve umainfecção urinária semanas antes, e precisava que um determinado exame estivesse pronto e como entrou em trabalho de parto antes do resultado desse exame, foi encaminhada para o Mariska.

Lívia

Lívia só soube da impossibilidade de realizar o parto na Casa de Parto quando chegou lá em trabalho de parto. Isso gerou uma decepção na entrevistada que havia feito o plano de parto com bastante envolvimento da família e estava entusiasmada com o parto. Ela diz que, se sabiam que ela não poderia parir lá, não deveriam ter deixado ela acreditar que seria possível, posto que ela sequer tinha conhecimento de que não ter o resultado do exame impossibilitaria o parto lá.

"Eu fiquei surpresa, porque em relação a infecção, eu tomei os medicamentos, fiquei internada, só que eu não imaginava que teria esse problema em relação ao retorno do exame. Aí... Tanto que eu vim pra cá, se eu soubesse que ia implicar alguma coisa, eu teria ido direto pro Mariska e quando a enfermeira falou que eu não ia poder em relação ao exame, pelo fato de não ter o exame, eu fiquei um pouco chateada, porque, assim, você faz um planejamento... Assim, você faz o pré-natal todo num lugar, então eu achei que a gente ia ter aqui, né, filha? Mas, assim, eu fiquei um pouco chateada..."

O descontentamento de Lívia não estava relacionado a um mau atendimento no hospital para onde foi encaminhada, mas a uma frustração de planos. Foi no discurso das gestantes que não tiveram o parto na Casa de Parto que ficou evidente porque algumas entrevistadas não queriam fazer o plano de parto, pois não adianta planejar o futuro. Metade das minhas entrevistadas não pariram na Casa de Parto, duas por terem parido antes de 38 semanas, uma devido à infecção urinária durante a gestação, uma devido à má formação do feto e uma porque o trabalho de parto não foi identificado como tal. Nesse sentido, o Plano de Parto criou um envolvimento e uma expectativa com relação ao local, ao ambiente e ao momento que foram frustrados, é que conta

Lívia: "eu fiz [o plano], pensei tudo legal, chamei o pai dela e minha mãe pra fazer... Aí de repente chega e muda tudo em cima da hora. Antes não tivesse planejado nada, pelo menos se não tivesse planejado não criava expectativa e não tinha tido essa frustração."

Lívia comenta que o que a deixou chateada não foi o atendimento no Mariska, que foi "até melhor do que o esperado", mas a possibilidade de ter se deparado com uma equipe ruim. Essa era uma das questões da maior parte das entrevistadas, as maternidades públicas não consideradas, em si, ruins, mas há um consenso de que não existe *O,* mas *OS* hospitais públicos. Para as entrevistadas, o que faz o hospital é a equipe, motivo pelo qual, em um mesmo lugar, haveria tanto pessoas com boas referências quanto com más referências. A estrutura do hospital não muda, mas o atendimento sim, o que não ocorreria na Casa de Parto, já que elas já teriam conhecimento prévio de todas as profissionais que atuam na instituição. Sobre isso, Lívia explica que

"tem povo que fala mal e bem, como aqui também, tem gente que fala mal daqui e gente que fala bem. Aqui elas são sempre super atenciosas, eu sei que teria uma atenção maior, até porque é o que eu falei na outra entrevista, a gente passa por todas as enfermeiras pra ter o contato, pra gente conhecer, pra ter tipo aquele vínculo na hora do parto, lá no Mariska... Você não conhece ninguém. Você chega lá 'ah, vou ter um filho'. Tu não sabe como que vai ser. A equipe foi ótima, mas poderia não ter sido. Esse que é o problema. Eu estava preparada para ter uma equipe ótima e acabei tendo, mas podia não ter tido e eu não estava.... preparada psicologicamente"

Norma

Norma teve um parto domiciliar não planejado, por não ter percebido que estava em trabalho de parto ativo, e diz que sofreu preconceito por parte de todas as equipes de saúde pelas quais foi atendida por ter feito o acompanhamento na Casa de Parto.

Norma havia ido à Casa de Parto com sua mãe duas vezes na semana anterior, pois estava sentindo dores que imaginou fazerem parte do trabalho de parto. Ao ser examinada, constatou-se que ela não tinha a dilatação mínima necessária para ser internada, e como de praxe - com gestantes nessa condição - foi mandada de volta para casa. Não querendo gastar mais tempo e dinheiro com a ida à Realengo, ela preferiu continuar em casa até ter certeza de que estava em trabalho de parto. Quando perceberam que havia chegado o momento de ir para a Casa de Parto ligaram para o Cegonha Carioca, projeto de assistência à mãe e à criança do município do Rio de Janeiro, para que enviassem uma ambulância que faria o transporte até a Casa de Parto.

A entrevistada conta que transcorreram quarenta minutos entre o telefonema da mãe - feito às seis da manhã - e o atendimento. Após conseguirem falar com um atendente, a orientação foi para que, se em vinte minutos não chegasse uma ambulância, fosse feita uma ligação para o SAMU, que enviaria então uma ambulância para a residência delas. Passados esses vinte minutos foi feita a ligação para o SAMU e novamente houve uma longa demora. Quando a ambulância do SAMU finalmente chegou à residência Caio já havia nascido há mais de uma hora, estava ainda com o cordão umbilical e já estava mamando. A equipe que chegara com a ambulância deteve-se longamente em falar a Norma sobre os riscos de não ter cortado o cordão umbilical e de parir em uma casa que fica em frente à um rio onde corre esgoto, explicando como ela colocou o filho em risco. Isso deixou Norma especialmente magoada, pois, tendo tido uma filha que morreu com um ano de idade, sentiu que já havia reinaugurado a maternidade sendo uma péssima mãe e cometendo erros fatais.

Bruna conta, entretanto, que foi depois que a equipe soube que a filha fazia acompanhamento na Casa de Parto que os profissionais começaram a delinear o verdadeiro suplício que seria a vida de Norma e de Caio nos dias que se seguiriam. Já na ambulância os profissionais pareciam certos de que elas haviam feito um parto domiciliar sem assistência porque as enfermeiras da Casa de Parto teriam ensinado e induzido essa escolha, pois são adeptas do "parto de índio" - termo utilizado de modo pejorativo. Depois de estarem já no hospital Norma passou a sentir-se presa, e mesmo antes de ter preenchido os documentos de entrada no hospital, foi proibida de sair para buscar assistência na Casa de Parto. Segue um trecho da conversa em que Bruna conta sobre isso:

"[Eu:Mas você chegou a fazer menção de que queria ir embora antes? Você chegou a falar isso?] O tempo todo! Nós não queremos atendimento aqui,nós queremos o atendimento na Casa de Parto, mas ela não quis trazer, vocês por favor peguem a ambulância do hospital e levem a gente pra Casa de Parto!

[Eu: E o que eles responderam?] Que a Casa de Parto era um lugar que não se confia, um lugar onde não tem médico, elas não confiam e não iam liberar, dependia da equipe médica e a equipe médica não ia liberar."

Isso é condizente com o que relatou Bia na primeira entrevista, quando afirmou que temia não poder parir na Casa de Parto porque certa vez, quando estava em uma maternidade pública, ouviu os médicos falando que uma mulher em trabalho de parto deveria ser deixada sofrer para aprender que tinha que se tratar desde o começo no

hospital. Os médicos completaram a conversa dizendo que a Casa deveria ser proibida de funcionar, pois as enfermeiras dão às mulheres a ilusão de que é possível parir sem médicos, quando eles na realidade são essenciais. Essa mulher fora transferida da Casa de Parto para essa maternidade, mas Bia não a conhecia e não sabia mais sobre a história dela, não eram amigas ou conhecidas. Mesmo assim essa frase ficou guardada em sua memória, como uma lembrança de como as mulheres são vistas e tratadas nos hospitais públicos e da visão negativa de alguns profissionais de medicina com relação à Casa de Parto.

Norma afirma que teve todas as possibilidades de ter um parto perfeito, e que o plano de parto dela foi quase todo seguido, só que em casa. Desse modo, a mudança no local onde ocorreu o parto não implicou, inicialmente, em uma frustração pessoal.

5.5 **Dividindo o recém nascido: um pedaço para cada um**

Um ponto marcante em todas as entrevistas é a relação entre as características do recém-nascido e as relações familiares. Quando uma criança tem suas características físicas percebidas como idênticas às das pessoas de sua família, isso parece ser resultado da necessidade de inseri-la. As características físicas dos recém nascidos, quando associadas aos membros da família, fazem com que aquele que acaba de entrar em um novo núcleo familiar anuncie sua relação com aquelas pessoas que até o dia anterior lhe eram desconhecidas.

Na sala de espera, antes de vagar a sala onde seria feita a segunda entrevista, Maiara comentava que seu marido queria que todas as características da filha fossem dele. A explicação dele para reivindicar para si o queixo, o nariz e a risada da filha é, segundo ele, que a mãe já passa tempo demais com a recém-nascida, de modo que não parece que a filha é dele também. Maiara diz perceber que o marido quer compensar um distanciamento físico, fruto de longas horas de trabalho, com sua "herança genética".Assim, apesar de não estar presente como acredita que um pai deveria estar, torna-se inegável que ele é o pai da criança, pois a genética não mentiria.

Cristiane conta que seu marido e sua mãe "dividiram ele [filho recém-nascido] entre eles mesmos, pra mim só sobrou foi amamentar e trocar fralda, porque o nariz, as orelinhas e os pés são da minha mãe, o resto é do meu marido e eu fiquei sem nada.".

No caso de Lívia isso se estendeu ainda para mais distante, de modo que seus primos e irmãos também viram traços deles em sua filha e novamente a mãe ficou sem nenhuma parte do filho para si. É tão frequente que a criança seja dividida entre as pessoas da família excetuando-se a própria mãe, que a explicação oferecida por Lívia desse fenômeno parece fazer sentido:

"Quando eles nascem eles saíram da gente e passaram nove meses direto na nossa barriga, a gente cria toda uma relação, aí quando nasce acaba que todo mundo quer um pedaço, e a gente fica de fora [...] Então acho que essa coisa de começar a falar 'ah, o pé é meu', 'a orelha é minha!' é mais uma tentativa de, assim... ver [o bebê] como algo deles também. E aí eu acho que como tem essa coisa de que a mãe VAI amar a criança com certeza, porque ela é a mãe, eles pensam que a gente precisa menos do que eles de um pedaço. A gente já dá de mamar, só a própria mãe faz isso pelo filho, então eu acho que a gente não tem que provar que é a mãe, mas os outros tem que ver neles [nos bebês] algo que diga 'ah, esse é meu filho.', e por aí vai"

Patrícia já tem uma explicação diferente para essa divisão da criança entre os membros da família, a explicação dela fala, especialmente, do desejo do pai de ver partes de si no filho. Ela acredita que, para o homem, a vontade de ver a si próprio no filho advém de uma necessidade pré-histórica de saber que aquele filho é dele. Para ela, mesmo que o pai tenha certeza da fidelidade da mãe, se o bebê não for nem um pouco parecido com ele, podem surgir dúvidas, e nenhum homem quereria sustentar o filho de outro homem. De fato, na oficina sobre Trabalho de Parto há uma explicação breve sobre genética, em que a enfermeira explica que o bebê pode nascer muito diferente dos pais e isso não quer dizer que eles precisem pedir um teste de DNA. Por haver essa explicação na oficina, e nesse momento a enfermeira falava em especial com os acompanhantes homens, é possível considerar que a certeza da paternidade seja um dos fatores que leva os homens a buscar nos filhos características suas.

Norma traz outro motivo de ordem prática para essa vontade de enxergar-se na criança. Ela comenta que no hospital, após parir, a mãe fica separada de seu filho várias vezes, cabendo ao acompanhante o dever de seguir o recém-nascido no hospital, afim de evitar um sequestro ou uma troca de bebês. Como as crianças seriam semelhantes entre si, seria necessário que o acompanhante visse no bebê alguma coisa que o diferisse dos demais, e seria mais fácil ver algo em comum consigo. Nesse caso, se o acompanhante for a mãe, o marido ou qualquer outra pessoa, o resultado seria o mesmo. Depois de sair da maternidade essa divisão se expandiria, nesse segundo momento ela acredita que há

uma certa rivalidade entre as famílias maternas e paternas, não entre membros, mas entre famílias. Essa rivalidade teria relação coma força dos genes de cada parte da parentela, e a prova da força dos genes seria a predominância de características físicas da família materna e paterna.

Em todas as explicações oferecidas para a questão da divisão do bebê entre os familiares - questão essa sobre a qual as perguntas da entrevista não versavam - fica claro que essa divisão não ocorre apenas pelo entretenimento e pela diversão. O caso da comprovação da paternidade parece ser o que melhor explica a fixação dos pais por verem nos filhos características físicas suas, dentre outros motivos, porque eles temem os comentários maldosos no caso de não haver semelhanças entre eles e os recém-nascidos. Já no caso das outras pessoas da família isso parece ser ilustrativo de uma situação que as gestantes já mencionavam na sala de espera. As famílias maternas e paternas da criança parecem perceber as características físicas predominantes do bebê como prova material da força de sua linhagem.

Um aspecto interessante dessa atribuição de valor às semelhanças do bebê com pessoas da família, é que os membros da família que não se vêem nos bebês se tornam mais distantes emocionalmente. Lívia chega a comentar que as pessoas parecem gostar de si mesmas e não dos bebês, e se apaixonam por si mesmas refletidas nas crianças. Aqui não necessariamente o que é levado em consideração é a semelhança física, muitas vezes as personalidades dos bebês são até mais importantes. A criança pode não ter nada em comum com a família do pai ou da mãe, mas se sorri quando toca determinado estilo musical - reconhecidamente um estilo apreciado pela família de um ou de outro - isso é considerado prova cabal de que a criança "puxou a família" de um deles. É importante mencionar isso porque parece haver um consenso entre as gestantes de que a personalidade e os gostos dos filhos também são herdados, sendo colocados na conta da força das famílias.

O que torna essa distribuição de características do recém nascido entre membros da família significativa para análise é que o estímulo das gestantes para que ela ocorra é parte de uma estratégia bem elaborada e claramente enunciada. As gestantes esperam engajar o marido nos cuidados com o bebê e trazer as famílias de ascendência para próximo delas e de seus filhos, com o objetivo de criar uma rede de apoio e cuidado. Essa rede parece ser reforçada quando os membros dessa rede enxergam algo si mesmos no recém nascido, o que é facilitado pela percepção de que há características físicas ou psicológicas que o bebê herdou de si.

5.6 **"Nem parece SUS"**

Uma das questões levantadas por mim durante a entrevista era "Você faria acompanhamento aqui novamente no caso de uma gestação futura?", e a resposta a essa pergunta foi sempre "Sim", o que parece indicar satisfação com o atendimento recebido na Casa de Parto.Duas das três entrevistadas que efetivamente pariram lá elogiaram o atendimento recebido, afirmando que a casa de parto não parecia fazer parte do SUS.

Patrícia elogiou o trabalho das enfermeiras fazendo uma contraposição ao tratamento recebido em outros locais: "Olha, elas aqui estão de parabéns, isso nem parece SUS, tudo funciona, elas se preocupam com você, cuidam mesmo, sabe? São muito humanas ela aqui, não parece SUS mesmo.". Cristiane, tem uma fala bastante parecida, ela conta que quando estava no período expulsivo sentiu uma dor insuportável mas a enfermeira que a acompanhava lhe passou segurança de que estava tudo bem e lhe deu forças.Com relação a isso ela comenta "Agora vê se num hospital você ia ter isso? Não ia. Aqui não parece SUS não, aqui é muito bom."

Essa comparação entre o antendimento na Casa de Parto e em outras instituições públicas de saúde não é exclusiva das mulheres entrevistadas após o parto. As gestantes que não chegaram a parir na Casa de Parto tinham o mesmo discurso sobre como a Casa de Parto era diferente, e essa diferença consiste no bom atendimento que estava sendo recebido durante o pré-natal. O SUS é caracterizado, por oito das dez gestantes, como "ineficiente", "desumano" e "absurdo". A comparação entre a Casa de Parto e as outras instituições públicas de saúde é simultaneamente um elogio à primeira e uma crítica às outras.

5.7. Emoções conflitantes

É válido iniciar essa seção lembrando que as emoções não estiveram presentes nas entrevistas realizadas no primeiro momento. Nessa segunda entrevista, entretanto, muitas apareceram. As primeiras, que aparecem como sinônimos, são alegria e felicidade, e estão relacionadas especificamente com o momento em que seus filhos nasceram.As entrevistadas relatam que a primeira emoção que elas tiveram depois de

parir foi uma felicidade inexplicável, que apenas quem tem filhos consegue entender, uma combinação sensação de dever cumprido e fim da espera para conhecer seus filhos.

Essa seção está dividida em tópicos, cada um correspondente a um sentimento experimentado pelas entrevistadas.

5.7.1 Amor, apaixonamento e outras construções

Conforme as entrevistadas deixaram claro ao longo das entrevistas realizadas após o parto, o que dava a elas a motivação de não desistir, mesmo após trabalhos de parto longos, como o de Maiara, que durou vinte e seis horas. Duas narrativas entretanto foram peculiares com relação a esse momento inicial, a de Lívia e a de Norma. Lívia conta que o primeiro pensamento que veio à sua cabeça quando viu a filha pela primeira vez foi sobre a feiúra dela. Norma conta que seu primeiro pensamento foi que todos os bebês são iguais, com "uma cara estranha", pois todos os bebês nascem feios e que se não colocassem pulseira de identificação nos recém nascidos nunca mais uma mãe descobria qual era seu filho.

Essas duas primeiras impressões foram particulares porque são contrárias à idéia de uma paixão à primeira vista, tão comumente associada à ocitocina liberada no parto. É interessante lembrar que essas duas entrevistadas não tiveram seus filhos na Casa de Parto, e esse é um aspecto que não parece ser uma coincidência.Lívia comenta ainda que no Mariska ela teve toda a assistência e os métodos para alívio de dor que acredita que teria tido na Casa de Parto, mas "o ambiente é meio diferente, estava agradável, mas é diferente. Não sei se de repente se tivesse tido ela aqui teria sido diferente nesse quesito, de ter mais aquela paixão. Porque aqui as enfermeiras mostram pra você a criança quando nasce e fala 'olha é seu filho, olha como ele busca seu seio, ele te ama', e aí você de repente fica mais numa*vibe* de 'nossa, como essa criança é a coisa mais linda do mundo, te amo!". Nessa abordagem proposta pelas duas entrevistadas, não seriam os hormônios os responsáveis pelo sentimento de amor de uma mãe para com o seu filho recém nascido, mas uma conjunção de fatores externos a esse binômio, montados de modo a inspirar esse amor instantâneo.

As outras três entrevistadas contam que, quando seus filhos nasceram, havia um ambiente preparado para um primeiro encontro romântico. Patrícia brincou que no seu

primeiro encontro com seu marido não havia tanto "clima" quanto havia na suíte de parto, e que parir naquele contexto era como um encontro em que a prévia preparação do ambiente é fundamental para "rolar o tchan, aquele 'meu Deus, que pessoa maravilhosa! Que pessoa linda, meu Deus! Só que com o bebê! (risos)". Ela conta que seu parto, além de rápido e tranquilo, também foi muito especial, pois a luz baixa e a temperatura agradável criavam um ambiente aconchegante e relaxante. Para ela, esse ambiente faz com que a mulher esteja pré-disposta ao amor, o que é fundamental porque, afinal, a criança que acaba de nascer vai precisar da mãe para sobreviver e a mãe cuida por amor.

O que ocorre, da perspectiva de Patrícia, é que não existe nenhum motivo real para uma mulher amar quem ela acaba de conhecer, então é necessário criar uma circunstância em que esse sentimento aflore. Ela conta que seu filho ainda não despertou nela, nesses três dias de vida, o amor, e sim o senso de responsabilidade, "eu sei que ele precisa de mim, se não for eu ele morre de fome, mas esse amor absurdo eu ainda vou ter ainda, que não foi ainda não. [Eu:e quando ele nasceu...]. Ah, quando ele nasceu eu olhei e falei 'meu Deus, olha isso,fui eu que fiz!' Você fica emocionada, uma emoção assim de saber que tem um pedaço seu no mundo, mas não sei se eu chamaria isso de amor, acho que é mais um apaixonamento."

Lívia conta qual foi o primeiro pensamento que lhe ocorreu quando a filha nasceu: "Passa muita coisa na sua cabeça, aí tu fica assim 'Nossa'... Ela nasceu feia. A bichinha nasceu inchada com olho esbugalhado e a avó falou 'Nossa! Que menina feia', agora ela tá melhorando, que ela nasceu feia mesmo (risos), é sério. Não é porque é minha filha que eu vou mentir, ela tem cara de joelho.", ela ainda acrescentou que "eu não falo isso pra todo mundo, que as pessoas ficam 'nossa, mas você é uma péssima mãe! Mãe tem que achar o filho lindo!', mas cara, não dá, ela é muito esquisitinha, né filha? É a esquisitinha da mãe (falando com a filha que estava mamando nesse momento)!".

Essa consciência de que existe um sentimento esperado de uma mãe que acaba de parir é, na concepção de Lívia, um dos motivos de tristeza após o parto. Isso ocorreria porque a mulher experimentaria a sensação de que o que é aceito como tipicamente materno não está presente em si. A construção do sentimento atribuído às mães parece ser fruto de um imaginário coletivo alimentado, dentre outras fontes, pela publicidade.

"você sabe que tinha estar amando, e você tá até babando, tá assim... babando, sabe? Mas todo mundo espera que você diga o que? Que está amando loucamente, incondicionalmente, que nem em propaganda de fralda, e não é assim. E eu mesma cheguei a ficar assim, nos primeiros dias, numa de que eu sou mesmo péssima mãe, mas assim, quem me garante que quem faz a propaganda da fralda tem filho? (risos). De repente é um cara que tá só colocando ali o que as pessoas acham que acontece[...]. E propaganda é fogo, você vê as propagandas de dia das mães, nossa, a mulher acabou de parir e tá linda, tá maravilhosa, sorridente, sem suor, sem olheira... Aquilo não é real, mas tem um monte de gente que acha que é! Aí a pessoa [mulher que pariu] fica triste, porque se ela não tá feliz, apaixonada e adorando dormir meia hora por noite, ela deve ser uma pessoa terrível". (Lívia)

O amor incondicional parece ser o que mais imediatamente se associa à mulher que acaba de parir, e ela afirma duvidar que alguma mulher sinta esse amor tão imediato. Lívia havia parido há quase duas semanas quando foi entrevistada pela segunda vez, e conta que estava começando a ver o carinho se transformando em amor, sentimento que sua filha estava conquistando com seu jeito encantador. Sobre isso Lívia conta que "o amor existe sim, mas ele vem vindo, a gente vai construindo assim na relação, não é 'pá, nasceu, to amando'.". A idéia trazida por Lívia e por Patrícia, e que esteve presente, talvez de modo menos contundente, na fala de outras mulheres, é que o amor materno é construído na convivência.

O amor parece ser precedido pelo senso de obrigação, que vem da consciência de que os filhotes humanos são especialmente incapazes. Sobre isso Lívia diz ainda que "os bebês são bonitinhos, fofinhos, acho que por uma questão de sobrevivência, porque eles não sabem fazer nada sozinhos, então tem que ser bonitinhos, porque aí todo mundo quer cuidar.". Referências a essa vontade de proteger e ao reconhecimento de si mesmas como fundamentais para a vida do filho apareceram em todas as entrevistas, com exceção da de Maiara, cujas falas com relação ao momento do parto dizem mais sobre a disposição do corpo e o ambiente da suíte de parto.

5.7.2 Frustração e culpa: Amamentar pode ser mais difícil do que parece

A amamentação é considerada, entre as gestantes, a maior prova de afeto que uma mãe pode dar para seu filho. A idéia de que o leite é "amor que jorra dos seios", frase dita muitas vezes durante as oficinas, figura no discurso das entrevistadas também após o parto. O que ocorre nesse momento é que as mulheres confrontam uma realidade para a qual não estavam preparadas: amamentar pode ser difícil.

Nas entrevistas anteriores ao parto, as gestantes que nunca haviam tido filhos falavam sobre a amamentação como algo que ocorre rápida e instantaneamente. Desde que houvesse ocitocina em abundância - e a ocitocina é sempre relacionada ao amor, logo, ter ocitocina aparece muitas vezes como sinônimo de "amar" - a amamentação ocorreria sem dificuldades. Agora, já com os seus filhos recém-nascidos, todas as mulheres que pariram pela primeira vez enfrentavam dificuldades com relação à amamentação, seja porque o leite não está saindo, seja porque o bebê parece ter mais fome do que elas são capazes de satisfazer com seus seios, seja porque os bicos dos seios estão machucados.

O que ocorre aqui é que elas tinham como certo que, quando uma mulher relata algum problema para amamentar, o problema não está de fato no processo de aleitamento, e sim na mulher. Como amamentar é referido constantemente como algo que é próprio da natureza, é esperado que dar de mamar seja natural e simples, e talvez por isso as entrevistadas demonstrem insatisfação com suas performances enquanto mulheres. O seio que alimenta o filho é a representação da maternidade para as entrevistadas, e essa representação é sempre reforçada pelos cartazes espalhados pela Casa de Parto e pelas oficinas, desse modo, não amamentar, não querer amamentar ou ter dificuldade para fazê-lo é visto pelas entrevistadas como uma falha moral.

A única entrevistada que não enfrentou em nenhum momento dificuldade para amamentar foi Norma, e apesar de estar amamentando com facilidade ela também tocou nesse assunto: "Eu assim to dando graças a Deus que ele tá mamando que é uma beleza. [...] Eu fico aliviada, porque minha filha era ruim de mamar quando nasceu. O mamilo abriu todo, sangrava, doía, ela não sabia mamar, era muito difícil. Agora está sendo fácil.". Essa foi a única entrevistada que não referiu dificuldades na amamentação, mas também é a única que teve gestação anterior, e na primeira vez teve a mesma

dificuldade das outras. Quando questionada sobre como foi ter um bebê com dificuldade de mamar ela afirmou que "eu me senti um lixo".

Lívia deu uma resposta semelhante quando, ao comentar que a filha não estava mamando bem e o seio dela estava muito machucado, disse que

"eu fico arrasada, minha filha ali chorando, precisando de mim, e eu não querendo ir porque sei que vai doer. Eu dei de mamar chorando vários dias, vários dias eu molhava ela toda de choro meu, nem era só da dor, é aquele conflito que eu ficava, que eu queria ir mas não queria ir, que tipo de pessoa, que tipo de mãe pensa isso? Ela saiu de dentro de mim, eu não vou deixar ela chorando de fome. Não vou. E as enfermeiras me explicaram como era a pega, então além de defeituosa eu fiquei assim 'sou defeituosa e burra'. Mas depois elas me explicaram de novo e eu entendi que eu tava colocando na posição errada, a boca tava certa mas o corpinho não. Agora está ficando mais fácil, né filha? 'É mãe, você não é burra não mãe, você é muito esperta, é difícil mesmo' [falando com voz infantil como se fosse a filha]."

Patrícia diz que ela tornou-se mãe há pouco tempo e já estava experimentando toda a culpa da maternidade. Para Patrícia, desde a primeira entrevista, era npitido que ser mãe estava intimamente relacionado a sentir-se culpada. Ela sentia culpa durante a gestação todas as vezes que comia algo que poderia não fazer bem para o filho no útero e todas as vezes que ouvia uma música com uma letra que continha palavrões, mas agora ela conta que a culpa é constante. Ella lida com esse sentimento de modo bem humorado, pelo motivo que explica a seguir:

"eu vou ser mãe pra sempre, não tem ex-mãe, então ou eu me acostumo ou eu fico doida. Às vezes ele quer mamar e eu ordenho ao invés de dar o peito, aí meu marido fala 'ah, mas tem que dar o peito, por causa do negócio do vínculo, ô monstra' (risos) aí eu falo 'Ah, José, vem aqui você então'. (risos) . Porque tem que dar uns cortes, assim na graça mas tem que dar. Eu nunca me imaginei assim, tendo depressão, mas a gente sabe que tem muito caso de depressão pós-parto, aqui mesmo elas [enfermeiras] falam disso, então não pode dar mole. [...] Pra entrar numa paranóia e ficar deprimida é um pulo, por isso que eu tento aceitar que sou uma péssima mãe mesmo, e é isso, o povo fala demais também."

Aqui, assim como no tópico anterior, há um conflito entre o que é construído como parte da maternidade e o que as entrevistadas muitas vezes experimentam. Entretanto, quando assunto era o amor à primeira vista, as mulheres enunciaram esse conflito, percebendo que ele refletia a construção comum de uma característica

específica atribuída à maternidade. Quando elas falam sobre amamentação, esse conflito parece ser vivenciado sem essa consideração de que, talvez, elas não sejam efetivamente mães ruins. Isso parece surtir um efeito nelas que é nítido nas entrevistas, pois tanto o tom de voz, quanto o semblante a disposição corporal mudam quando elas tocam no assunto da amamentação.

5.7.3 Animação

A palavra "felicidade" é utilizada apenas para se referir a sentimentos presentes durante o parto, já a palavra "animação" e suas variantes são utilizadas por três das entrevistadas para se referirem ao que sentem no dia a dia com o bebê. O que deixa as entrevistadas animadas são os olhares, os toques e os risos dos seus filhos, bem como a percepção de que uma parte delas está no mundo e conhecerá seus mistérios e alegrias com suas ajudas.

Lívia conta que a animação dela vem da imaginação do futuro, pois como ela é jovem, espera poder dançar charme com a filha dentro de alguns anos. Maiara está animada com o quanto ela se parece consigo e com seu marido, e todas as vezes que a filha sorri ela sorri junto ao longo da entrevista, comentando que a filha tem o nariz dela, mas a covinha na bochecha é do pai. Cristiane diz que o marido está finalmente animado com a paternidade e eles estão fazendo o álbum de recém nascido do filho deles e já pensando no aniversário de um ano. Patrícia está animada porque sua família é muito unida, e desde que seu filho nasceu todo dia é dia de casa cheia, muitas comemorações e muito carinho com o seu filho, que, diz ela, é sociável como a mãe e adora uma visita.

A animação de Norma tem um tom um pouco diferente. A entrevistada teve uma filha que faleceu meses antes do nascimento de seu segundo filho, e a animação dela parece estar relacionada com a possibilidade de reviver a maternidade. A primeira filha de Norma nasceu com um problema congênito - descoberto apenas na autópsia - que fez com que, a partir dos quatro meses de idade, ela estivesse sempre muito doente, e por isso algumas situações que Norma desejava ter aproveitado com a filha não ocorreram.

As mães sentem uma animação que parece estar muito ligada ao futuro e à relação de seus filhos com o restante da família, não havendo referências à uma

animação devida ao papel da maternidade em si. A animação com a reconfiguração das relações conjugais apareceu também, de modo que Cristiane estava muito alegre e satisfeita com o engajamento do marido no cuidado com o filho. Para ela, isso é indício de que ele conseguiu se conectar com o filho e isso a alegrou, já que durante o pré-natal ela o achava distante e supunha que ele estivesse desanimado com a idéia de ser pai.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação tratou-se da gravidez e do parto, ambos eventos que ocorrem no corpo, de modo que este está relacionado a todos os temas aqui trabalhados. A vivência da gestação e do parto dependem, dentre outras coisas, de quais são os temas relevantes para determinada sociedade, das técnicas corporais adotadas, do espaço que a mulher e a criança ocupam, da forma como se estabelecem as relações de gênero e do regime de verdade da sociedade.

Nas "sociedades ocidentais modernas", como mostra Foucault (1977), o regime de verdade escolhe o discurso científico como aquele que produz enunciados verdadeiros. Um dos desdobramentos disso é que, no âmbito da saúde, esses enunciados frequentemente tratam do corpo comoalgo a ser modificado, tratado e melhorado. A crença da medicina em uma potencial falha no corpo, que precisa ser corrigida, culmina na necessidade de intervenção. Na medicina obstétrica isso se reflete no modelo tecnocrático de assistência ao parto, e é no sentido contrário à dessa medicina intervencionista que agem os movimentos em favor da "humanização do parto" (TORNQUIST, 2002).

As gestantes que buscam a Casa de Parto, que apresenta como proposta essa retomada do corpo por parte da mulher contraas intervenções médicas consideradas desnecessárias, afirmam buscar exatamente isso na instituição. Nisso, a realidade que encontrei difere em muito da encontrada por Hirsch (2014) que percebeu nas mulheres que entrevistou pouca adesão ao projeto da Casa de Parto, tendo elas buscado a unidade pela certeza de um leito para parir e pelo direito ao acompanhante e ao tratamento pessoalizado. A esses motivos as mulheres por mim entrevistadas acrescentaram a busca pelas técnicas e pelo modelo de assistência constitutivos do parto "natural" e/ou "humanizado" que elas buscavam.

Apesar das gestantes comentarem, desde o início da gestação, sobre terem buscado a instituição porque desejam um parto "normal", "natural" ou "humanizado", a aderência observada por parte das mulheres ao projeto da Casa de Parto parece ser construída também a partir de um trabalho pedagógico. A pedagogia do parto e a didática da gestação sobre a qual Tornquist (2002) escreve, e que no caso dela está presente em livros e manuais para gestantes, na Casa de Parto ocorre nas oficinas. Diversas questões trazidas pelas enfermeiras foram mencionadas posteriormente pelas

entrevistadas,sendo possível notar o teor pedagógico desses encontros pelo modo como certos tópicos são tratados nas entrevistas.

Quando as entrevistadas falam sobre a dor, algumas vezes os termos que elas usam são os mesmos que os utilizados pelas enfermeiras. A própria conotação positiva associada à dor, percebida como uma aliada no trabalho de parto, parece ter sido aprendida durante o pré-natal. Faço a ressalva de que na sala de espera as mulheres não parecem temera dor do parto, mesmo aquelas que estão no início da gestação e que, por isso, ainda não participaram da oficina sobre trabalho de parto. O que ocorre é que as mulheres passam não apenas a não temer a dor, como de certa forma desejá-la, por entenderem que é através dela que o corpo - entendido como uma entidade dotada de sabedoria e que está acima da cultura - lhes informa o que fazer.

Outro momento em que é perceptível o uso de um conceito das oficinas que parece ter sido incorporado ao discurso das gestantes é quando elas falam sobre a violência obstétrica. O termo, que é amplamente utilizado pelas usuárias da Casa de Parto, foi definido algumas vezes com as exatas mesmas palavras utilizadas na oficina. O conhecimento acerca da violência obstétrica teve efeitos negativos nas mulheres que já haviam parido, pois elas passaram a perceber-se vítimas das instituições onde foram atendidas. Para as gestantes que não haviam tido gravidezes anteriores, o termo - que engloba diversas práticas - servia como uma base do que é um atendimento respeitoso e o que é um atendimento violento.

Mesmo considerando que as oficinas tinham um objetivo pedagógico que foi parcialmente alcançado, não seria correto afirmar que os conceitos e ideias passadas durante esses encontros eram incorporados ao discurso de maneira acrítica. Mesmo o conceito de violência obstétrica e a idéia da dor como uma aliada, que foram quase integralmente assimilados pelas gestantes, eram problematizados por algumas gestantes. Além disso, as mulheres resignificavam e questionavam alguns aspectos das oficinas, mostravam-se inclusive avessas a determinadas ênfases dadas pelas enfermeiras. O aleitamento materno exclusivo em livre-demanda e a rejeição do uso de chupetas e mamadeiras são exemplos de dois objetos de discordância. Essa tensão, que é notória nas conversas da sala de espera e apareceu mais timidamente nas entrevistas, não é comunicada à equipe de enfermagem, pois as mulheres acreditam que isso pode fazer com que elas sejam repreendidas.

O fato de que as mulheres não comunicam às enfermeiras as discrepâncias entre o que é valorizado e incentivado e o que elas fazem na prática por medo de represália e

de serem impedidas de parir na Casa de Parto posteriormente parece estar relacionado ao último ponto trabalhado no primeiro capítulo deste trabalho. Quando pensamos sobre relação médico-paciente, pela própria escolha das palavras, associa-se as características dessa relação exclusivamente ao par médico/paciente. Entretanto, não apenas as entrevistas, mas também as observações feitas apontam a assimetria existente no par enfermeira/paciente.

Uma questão levantada pelas gestantes é: como saber se uma intervenção é necessária ou não? Uma episiotomia ou o uso de ocitocina sintética podem ser feitos tanto por um médico quanto por um enfermeiro, como saber que o primeiro o fez sem indicação e o segundo o fez pela força da necessidade? Quando tudo ocorre bem durante o parto, a diferença entre o atendimento dispensado pelas duas categorias profissionais é clara, já quando algo inesperado ocorre e um procedimento invasivo é realizado, ambos agem de modo similar. Talvez seja a própria instituição de saúde que concorra para a existência de assimetrias, e isso perpasse a relação entre usuários e as diversas categorias profissionais presentes nessas instituições.

Ainda que as gestantes sejam estimuladas a realizar o plano de parto e tenham suas preferências respeitadas durante o trabalho de parto, se houver a necessidade de fazer algum procedimento não incluso nesse planejamento, ele será feito e a autoridade da equipe de saúde se fará sentir. As gestantes que fizeram essa consideração afirmam que no caso de algo dar errado não importa qual a categoria profissional que está assistindo o parto, os procedimentos pertinentes serão realizados "sem dar muita confiança" ao que a parturiente diga.

Finalmente, retomo aqui uma questão que perpassou todo o trabalho de campo: O que torna um parto humanizado ou violento são as técnicas empregadas pelos profissionais de saúde ou a percepção da gestante de sua experiência?Para fazer essa discussão é indispensável reconhecer que "parto humanizado" é um conceito que permite mais de uma interpretação (TORNQUIST, 2002), de modo que ambas as possibilidades são percepções possíveis. O que pretendo aqui é demarcar uma posição sobre esse assunto, pautada pela pesquisa realizada para a elaboração deste trabalho.

Quando Cíntia conta que percebeu um parto com anestesia e episiotomia como um parto tranquilo e um parto que seguia todos os procedimentos tidos como "humanizados" como ruim, ela mostra que não são as técnicas empregadas que tornam uma experiência melhor ou pior para a parturiente. Mendonça (2014), que discute a insatisfação das gestantes atendidas na Maternidade Maria Amélia propondo que ela é

resultado da distância entre o que as mulheres desejavam e a assistência que receberam - que também seguiam as rotinas de um atendimento "humanizado" - também contribui com essa interpretação da questão.Parece que a percepção da gestante, afetada por discursos institucionais e pelas concepções construídas em grupo, é o que constitui um parto bom ou ruim, posto que técnicas consideradas adequadas por um grupo, se utilizadas em grupos que não compartilham dos mesmos valores, são percebidas como violentas e desumanas.

As gestantes que parem na Casa de Parto buscam lá um parto onde elas sejam respeitadas e possam parir naturalmente, que para elas significa parir sem intervenções ou manobras desnecessárias, com tratamento pessoal e em um ambiente onde elas se sentem acolhidas e confortáveis. Por isso é possível constatar que as mulheres que conheci na Casa de Parto e que pariram lá conseguiram o parto "natural" e/ou "humanizado" que buscavam. Essa consideração se dá não porque as técnicas empregadas na instituição sejam "humanizadas" por si mesmas, mas porque usufruir delas era o desejo dessas mulheres. Tendo isso em vista, é possível constatar que as mulheres alcançaram seus objetivos assim como a Casa de Parto. Um parto sem intervenções não é bom para quem busca o auxílio da tecnologia, entendida como uma ajuda (LUPTON; SCHMIED, 2013), do mesmo modo que um parto com intervenções não é visto como positivo por quem busca um parto "natural". São então os métodos adequados às expectativas da parturiente que constituem o chamado "parto humanizado", pois nele a gestante tem seus direitos respeitados à medida que as técnicas e o tipo de relação que ela tem é a que ela busca e valoriza positivamente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, João Aprigio Guerra de; NOVAK, Franz Reis. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 80, n. 5, Nov. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 05 de Fev. de 2016.

AMARAL, Camila Manni Dias. "Eu queria um parto igual aquele": Perspectivas e discursos sobre o parto domiciliar. 2013. Monografia. Departamento de Ciências Sociais, UERJ, Rio de Janeiro.

AMARAL, Camila Manni Dias. "Se não fosse a internet, eu tinha ido pra faca": Considerações sobre ciberespaço e parto "humanizado. Revista Ensaios, Rio de Janeiro, v. 8, p. 147-163, 2015. Disponível em <http://www.uff.br/periodicoshumanas> Acesso em 19 de Mar. de 2016.

BAIAO, Mirian Ribeiro; DESLANDES, Suely Ferreira. Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 24, n. 11, p. 2633-2642, Nov. 2008. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo> Acesso em 20 de Mar. de 2016

BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

CADONA, Eliane; STREY, Marlene Neves. A produção da maternidade nos discursos de incentivo à amamentação. Rev. Estud. Fem., Florianópolis , v. 22, n. 2, p. 477-499, Ago. 2014. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo> Acesso em 08 de Fev. de 2016

CAPRARA, Andréa; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul. 1999. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo> Acesso em 15 de Mar. de 2016.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. 2011. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. Tese (doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, SP.

Clotet J. O consentimento informado nos Comitês de Ética em Pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. Revista Bioética, Rio Grande do Sul, v. 3, n.1, p. 51-59, Disponível em <http://www.revistabioetica.cfm.org.br> Acesso em 15 de Mar. de 2016

COSTA, Rosely Gomes. "Paternidade: ideais e possibilidades". XXIV Encontro Nacional da ANPOCS.2000.

DAVIS-FLOYD, Robbie. Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology. New York: Collins, p. 323-340.

DICK-READ, Grantly. Childbirth without fear. London: Pinter & Martin Ltd, 2004

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência & Saúde Coletiva, v.10 n.3, 2005, p. 627-637. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf> Acesso em: 02 Jan. 2015

ELIAS, Norbert. O processo civilizador. Vol. I: uma História dos Costumes. Rio de Janeiro: Zahar, 2011

ELSTER, Jon. Peças e Engrenagens das Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994

FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir. Petrópolis: Vozes, 1977

FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1997

HIRSCH, Olivia Nogueira. 2014. O parto "natural" e "humanizado": um estudo comparativo entre mulheres de camadas populares e médias no Rio de Janeiro. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

LAQUEUR, Thomas. Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud. Cambridge: Harvard University Press, 1994.

LUPTON, Deborah; SCHMIED, Virginia. Splitting bodies/selves: women's concepts of embodiment at the moment of birth. Sociology of Health & Illness, Vol. 35, nº 6, 2013.

MARTIN, Emily. A mulher no corpo: Uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Gramond, 2006

MAUSS, Marcel. As técnicas corporais. In: Sociologia e Antropologia vol.II. São Paulo: EPU, 1974

McCallum C. Sem nome: pessoa como processo na dinâmica racial e de gênero brasileira. In: Cabral J.P, Viegas S.M (Org.). A ética dos nomes: gênero, etnicidade e família. Lisboa: Editorial Almedina; 2007. p. 265-89.

MENDONÇA, Sara Souza. Uma análise das denúncias a uma Maternidade pública humanizada: dilemas da humanização. In: 29ª RENUIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 2014, Natal/RN.Disponível em:<http://www.29rba.abant.org.br/resources/anais> acesso em 02 jan. 2015

Menezes, Rachel Aisengart. Entre normas e práticas: tomada de decisões no processo saúde/doença. Physis, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1429-1449, Dez, 2011.

NAKANO, Ana Márcia Spanó. 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". Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 19, nº 2, p. S355-S363, 2003.

OLIVEIRA, Maria Coleta. 2007. O lugar dos homens na reprodução. in: Gutiérrez, María Alicia (org.).Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación política.. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires

ORTNER, Sherry B. Poder e Projetos: Reflexões Sobre a Agência. In> 25ª REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 2006, Goiânia/GO. CONFERÊNCIAS E DIÁLOGOS: SABERES E PRÁTICAS ANTROPOLÓGICAS. Blumenau: Nova Letra, 2007. Dispionível em: <http://www.abant.org.br/conteudo/livros/ConferenciaseDialogos.pdf> Acesso em 02 Jan. 2015

REZENDE, Claudia Barcellos. "Emoção, corpo e moral em grupos de gestante" RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção, v. 11, n. 33, p. 830-849, Dez, 2012.

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 133-152, Jun, 2008.

ROHDEN, Fabíola. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2001.

SALEM, Tania. 2007. O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária. Rio de Janeiro: Editora FGV.

SEWELL, William H., Jr. "A Theory of Structure: Duality, Agency,and Transformation". In: American Journal of Sociology, v. 98, n. 1, p. 1-29, Jul, 1992.

SCAVONE, Lucila. "Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero." Interface (Botucatu), v.5, n.8, p.47-5. Fev, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/04.pdf> Acesso em: 02 Jan. 2015

SILVA, A. A. M., 1990. Amamentação: Fardo ou Desejo? Estudo Histórico-social dos Saberes e Práticas sobre Aleitamento Materno na Sociedade Brasileira. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; CAMARGO JR., Kenneth Rochel. Patient autonomy in the therapeutic process as a value for health. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 11, n. 21, Apr. 2007

THOMSON, Rachel. et al. Making modern mothers. Policy Press, Bristol, 2011.

TORNQUIST, Carmen Susana. Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd. Rev.Estud. Fem. v.10, n.2, p. 389-397, Jul, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14964.pdf> Acesso em 02 Jan. 2015

TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Cad. Saúde Pública, v.19, supl.2, 2003, p. 419-427. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a23v19s2.pdf> Acesso em: 02 Jan. 2015

TORNQUIST, Carmen Susana. 2004. Parto e Poder: O Movimento pela Humanização do Parto no Brasil. Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis

VELHO, Gilberto. Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco e BEZERRA JUNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. Ciência & saúde coletiva, v.19, n.6, 2014, p. 1859-1868, Jun, 2014.

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro de entrevista

(ANTES)

- Idade?

- Escolaridade? Área de formação?

- Você tem alguma prática religiosa?

- Atividade profissional que exerce. (Caso seja "do lar" perguntar se já esteve em trabalho remunerado e em caso positivo por que deixou de trabalhar)

- Mora com alguém? Quem?

- No caso de estar casada ou em relação estável: Idade, escolaridade e atividade profissional do marido. O que ele está achando da gravidez e da escolha pela casa de parto?

- Já engravidou antes? (Se sim, perguntar onde pariu e se isso influenciou na escolha pela casa de parto)

- A gravidez foi planejada? Como foi recebida pelas pessoas do círculo de convivência?

- Como ficou sabendo da existência da casa de parto e porque quis ter filho lá?

- Como está sendo fazer o acompanhamento na casa de parto? O que está achando?

- Quem são os acompanhantes? (Perguntar o motivo da escolha)

- Como a escolha foi recebida pelas pessoas do círculo de convivência?

(NO PRIMEIRO ENCONTRO APÓS O PARTO) – Pedir para a entrevistada contar como foi o parto dela. Perguntas:

- O parto que você teve foi o que você esperava? Por quê?

- Alguma coisa aconteceu fora do seu plano de parto?

- Se já tiver parido antes, perguntar se sentiu/percebeu alguma diferença da(s) vez(es) anterior(es) para essa? Quais?

- No caso de uma próxima gestação, você gostaria de fazer o acompanhamento aqui novamente?