Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Fernanda Loureiro Silva

Em nome do filho: estudo multi-situado sobre noções de risco na gravidez e no nascimento

Rio de Janeiro
2023

Fernanda Loureiro Silva

Em nome do filho: estudo multi-situado sobre noções de risco na gravidez e no nascimento

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Orientadora: Prof.ª Dra. Jane Araujo Russo

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S586 Silva, Fernanda Loureiro

Em nome do filho: estudo multi-situado sobre noções de risco na gravidez e no nascimento / Fernanda Loureiro Silva. – 2023.
256 f.

Orientadora: Prof.ª Dra. Jane Araujo Russo

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Risco – Teses. 2. Gravidez – Teses. 3. Parto – Teses. 4. Serviços de Saúde Materna - Teses. 5. Organização Mundial da Saúde – Teses. 6. Medicalização – Teses. I. Russo, Jane Araujo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 614.8

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

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

_____ _____

Assinatura Data

Fernanda Loureiro Silva

Em nome do filho: estudo multi-situado sobre noções de risco na gravidez e no nascimento

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 01 de agosto de 2023.

Banca Examinadora:

_____

Prof.a Dra. Jane Araujo Russo (Orientadora)

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

_____

Prof.a Dra. Claudia Mercedes Mora Cárdenas

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

_____

Prof.a Dra. Claudia Barcellos Rezende

Instituto de Ciências Sociais - UERJ

_____

Prof.a Dra. Daniela Tonelli Manica

Universidade Estadual de Campinas

_____

Prof.a Dra. Andreza Pereira Rodrigues

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Vera Lúcia, e minhas avós, Elza e Alayde, três mulheres fortes e de luta, mananciais de sabedoria e encorajamento, que teceram os caminhos para eu chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

“Povoada
Quem falou que eu ando só?
Nessa terra, nesse chão de meu Deus
Sou uma mas não sou só
Povoada
Quem falou que eu ando só?
Tenho em mim mais de muitos
Sou uma mas não sou só”

Minha trajetória acadêmica, à semelhança da canção de Sued Nunes, foi “povoada” pelo amor e apoio de pessoas extraordinárias que me acompanharam neste caminho longo, difícil e cheio de percalços, mas também de muitas descobertas e de grande crescimento pessoal e profissional. Quando olho para trás, tenho certeza do valor e da relevância das experiências e relações vivenciadas até aqui. Cada uma dessas pessoas desempenhou um papel significativo e deixou uma marca indelével em minha vida. Assim, ao concluir mais essa trajetória no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, agradeço:

Às participantes da pesquisa, pela confiança e disposição em compartilhar suas experiências. Sem a colaboração de vocês este estudo não seria possível. Agradeço sinceramente pelo tempo dedicado à pesquisa e pelos relatos valiosos que vocês trouxeram.

A minha orientadora no Brasil, Jane Russo, por me acompanhar desde o mestrado. Seu conhecimento, orientação e paciência foram fundamentais para o meu desenvolvimento acadêmico e profissional. Agradeço imensamente por acreditar neste projeto e pelo seu apoio, disponibilidade e generosidade ao longo de todos esses anos.

A minha supervisora no Canadá, Denise Gastaldo, por ter me recebido na Universidade de Toronto. Obrigada pela confiança, por acreditar no potencial deste estudo e por compartilhar seu tempo e conhecimentos comigo. Sou muito grata a você por todas as orientações e suporte antes, durante e após o período da pesquisa no Canadá.

Às professoras que compõem a banca examinadora, Claudia Cárdenas, Claudia Rezende, Daniela Manica e Andreza Rodrigues, pela participação e contribuição significativa durante a avaliação desta tese. Suas observações, sugestões e críticas são fundamentais para

aprimorar essa pesquisa e ampliar minha compreensão sobre o tema. Valorizo profundamente a atenção e o tempo que vocês dedicaram à revisão minuciosa deste trabalho.

À professora, amiga e parceira de trabalho, Marina Nucci, por todo o apoio ao longo dessa jornada e pela troca de ideias e insights. Sou muito grata por ter sua amizade e por poder discutir os dados dessa pesquisa com você. Suas orientações valiosas foram essenciais para a conclusão deste estudo.

A minha maravilhosa filha, Alice, que tem sido a grande fonte de inspiração e motivação durante esse percurso acadêmico. Obrigada, minha flor, por entender os momentos em que precisei me afastar para me dedicar a esta tese. Seu amor e sua presença me dão força para superar os desafios e alcançar este momento especial em minha vida.

A meu companheiro, Frank, por seu apoio e incentivo constantes. Sou profundamente grata por receber diariamente seu carinho, compreensão e palavras de encorajamento e por ter você como parceiro de vida.

A minha mãe, Vera Lúcia, e meu pai, Kleber, por forjarem com muita luta a base sólida que sustenta cada uma das minhas conquistas. Agradeço por acreditarem nos meus sonhos desde o início e por me apoiarem incondicionalmente ao longo desta caminhada.

A minha irmã, Briza, meu irmão, Vinícius, e minha comadre, Susana, por estarem ao meu lado nessa vida, compartilhando alegrias e frustrações. Obrigada pelas palavras de incentivo e por todo o suporte (inclusive financeiro) que foram fundamentais para eu concluir mais essa etapa. Nossa conexão é verdadeiramente especial e sou grata por cada memória compartilhada e por cada momento de cumplicidade que construímos até aqui.

A todos os meus parentes, de sangue e de coração, tanto os que vieram antes de mim quanto os que vieram depois. Como somos muitos, não vou citar nomes para não correr o risco de esquecer ninguém. Gostaria de dizer que é um privilégio ter esse vínculo especial com cada um de vocês. Agradeço pelo incentivo e carinho de sempre e por poder compartilhar uma história de vida com vocês.

Às amigas, amigues e amigos com quem convivi durante essa trajetória, no Brasil e no Canadá. Afinal, quem tem amizades nessa vida tem tudo! E vocês são estrelas brilhantes que iluminam meu caminho, tornando os desafios mais suportáveis e cada vitória mais gratificante. Agradeço por todos os momentos compartilhados, pela escuta e apoio e pela alegria que vocês trazem para a minha vida.

Por fim, agradeço às agências de fomento FAPERJ e CAPES, pelos suportes financeiros que viabilizaram a realização desta pesquisa. Agradeço pelo apoio na minha formação como pesquisadora e pelo investimento realizado para o desenvolvimento científico.

Marjorie dava uma impressão de fealdade, de cansaço e de doença. Dentro de seis meses lhe nasceria o bebê. Algo que tinha sido uma célula única, um grupo de células, um saquinho de tecidos, uma espécie de verme, um peixe em potência, com guelras, agitava-se-lhe no ventre e um dia viria a ser um homem — homem adulto, que sofre e goza, que ama e odeia, que pensa, que recorda, que imagina. E o que tinha sido uma ampola gelatinosa dentro de seu corpo inventaria mais tarde um deus e o adoraria; o que tinha sido uma espécie de peixe haveria de criar e, tendo criado, se transformaria num campo de batalha entre o bem e o mal; o que tinha vivido nas trevas dentro dela, como um verme parasita, haveria de olhar para as estrelas, escutar música e ler poesia. Uma coisa se transformaria numa pessoa, uma massa minúscula de matéria se converteria num corpo humano, num humano espírito.

O maravilhoso processo da criação progredia nas suas entranhas, mas Marjorie só tinha consciência da doença e da lassitude; o mistério para ela nada significava senão fadiga, fealdade e uma ansiedade crônica com relação ao futuro; era a tortura do espírito aliada ao mal-estar do corpo. Ao sentir os primeiros sintomas da gravidez, tinha ficado ou pelo menos procurara ficar alegre, a despeito dos seus temores obsessivos quanto às consequências físicas e sociais de tal acontecimento.

Aldous Huxley, Contraponto

RESUMO

SILVA, Fernanda Loureiro. *Em nome do filho*: estudo multi-situado sobre noções de risco na gravidez e no nascimento. 2023. 256 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Nas sociedades em que gravidez e nascimento foram medicalizados, os discursos de risco se intensificaram e a categoria "risco" se tornou um conceito-chave para mensurar, gerenciar e prevenir desfechos negativos ou indesejáveis. Os cuidados pré-natais de rotina e as práticas de assistência ao parto são orientados para o monitoramento e controle de riscos, envolvendo uma série de intervenções para identificar e corrigir complicações e anormalidades. Apesar da centralidade e suposta universalidade dos riscos biomédicos, estudos socioculturais têm mostrado que as noções de risco podem variar de acordo com diversos fatores, como crenças, valores e visões de mundo moldadas por contextos históricos, culturais e sociais específicos. Este estudo etnográfico multi-situado examina noções de risco em torno da gravidez e do parto em três domínios: global, local e situado. Globalmente, foram mapeadas e analisadas algumas noções de risco em políticas de saúde materna, especialmente as recomendações da Organização Mundial da Saúde publicadas no contexto de implementação da "Agenda 2030" para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Nas esferas local e situada, foram analisados os deslizamentos discursivos acerca das noções de risco, tanto nos debates recentes que influenciam a construção de políticas em saúde materna, quanto nas experiências de mulheres brasileiras que tiveram filhos no Canadá, para compreender como elas percebiam, negociavam e lidavam com os perigos associados à concepção e gestação de seus filhos. Essa pesquisa procurou contribuir para a construção de conhecimento no campo dos Estudos Sociais da Ciência e Risco, trazendo à tona questões sobre a formulação de políticas de saúde da mulher no século XXI e lançando luz sobre discursos e práticas relacionados à gravidez e ao nascimento em um contexto sociocultural específico. Busca-se valorizar também a centralidade das experiências situadas como um recurso importante para articular avanços na formulação de políticas públicas e transformações nas práticas de saúde.

Palavras-chave: Risco. Medicalização. Gravidez e nascimento. Organização Mundial da Saúde. Saúde materna.

ABSTRACT

SILVA, Fernanda Loureiro. *In the name of the child*: multi-sited study on notions of risk in pregnancy and childbirth. 2023. 256 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

In societies where pregnancy and childbirth have become medicalized, risk discourses intensified and "risk" has become a key concept for managing and preventing undesirable outcomes. Antenatal and intrapartum care practices are oriented toward risk monitoring and include several interventions to identify and correct complications and abnormalities. Although the centrality and alleged universality of biomedical risks, sociocultural studies have shown that notions of risk can vary according to several factors, such as beliefs, values, and worldviews shaped by specific historical, cultural, and social contexts. This multi-sited ethnographic study examines notions of risk surrounding pregnancy and childbirth across three domains: global, local and situated. Globally, we map and analyze some notions of risk in maternal health policies, especially those published by the World Health Organization within the "2030 Agenda" framework for achieving Sustainable Development Goals. In the local and situated domains, we examine some discursive shifts through recent public debates that shape maternal health policies and the situated experiences of Brazilian women who gave birth in Canada. The aim is to understand how these women perceive, negotiate, and manage the risks associated with conceiving and carrying their children. This research contributes to the field of Social Studies of Science and Risk by raising questions about women's health policies in the 21st century and shedding light on discourses and practices related to pregnancy and childbirth within a specific sociocultural context. It also underscores the importance of situated experiences as a valuable resource for advancing public policy formulation and transforming healthcare practices.

Keywords: Risk. Medicalization. Pregnancy and childbirth. World Health Organization. Maternal health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica do número de óbitos por COVID-19 no Brasil e no Canadá: números totais 51
Figura 2 – Representação gráfica do número de novos casos e óbitos por COVID-19 no Brasil e no Canadá: números relativos 52
Figura 3 – Websites regionais da OMS 56
Figura 4 – Diretrizes da OMS para gravidez e nascimento 58
Figura 5 – Região metropolitana de Toronto 66
Figura 6 – Convite para o encontro "Mothering so far away from home" 67
Figura 7 – Chamada-convite para participação na pesquisa 68
Figura 8 – Linha do tempo 72
Figura 9 – Ícones dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 84
Figura 10 – Infográfico do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5 85
Figura 11 – Ícones dos dezessete Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 92
Figura 12 – Fotografia dos representantes do "Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes" para a assistência ao parto 110
Figura 13 – Diagrama representando os três componentes dos cuidados pré-natais, segundo a OMS 113
Figura 14 – Reprodução da tabela apresentada no documento da OMS com os "resultados de interesse" 114
Figura 15 – Infográfico alertando sobre o consumo de suplementos de ferro e ácido fólico durante a gravidez 116
Figura 16 – Tabela comparativa dos modelos de consultas pré-natais 121
Figura 17 – Infográficos da OMS referentes aos cuidados pré-natais 122
Figura 18 – Modelo de atenção ao parto preconizado pela OMS 125
Figura 19 – Profissionais no pré-natal 138
Figura 20 – Gradiente de risco no nascimento 141
Figura 21 – Testes de "ovulação" e de gravidez vendidos em lojas 147
Figura 22 – Cartaz de alerta sobre o consumo de álcool durante a gestação 158
Figura 23 – Publicação no jornal canadense sobre consumo de cafeína por grávidas 163
Figura 24 – "Calculadora de ingestão de cafeína" para grávidas 165

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das participantes 135
Tabela 2 – Perfil de inclusão das participantes na pesquisa 136
Tabela 3 – Perfil reprodutivo das participantes da pesquisa 137

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	**RISCO, GRAVIDEZ E NASCIMENTO: OS ESTUDOS PRECEDENTES**	22
1.1	**Estudos socioculturais sobre o risco**	23
1.2	**A teoria cultural de Mary Douglas: seleção de riscos, aceitabilidade e purificação**	25
1.3	**Risco e saúde**	27
1.4	**Estudos socioculturais sobre risco na gravidez e no nascimento: uma breve revisão do quadro teórico atual**	30
1.4.1	Biopolítica da maternidade e o limiar do sujeito vivo	32
1.4.2	O emaranhado de tecnologias pré-natais	34
1.4.3	Deslizamento das noções de risco: entre a regulação medicalizada e a regulação sanitarizada da gravidez	37
1.4.4	Risco e construções sobre o corpo: *birthing embodiment*	40
2	**UM ESTUDO ETNOGRÁFICO MULTI-SITUADO**	44
2.1	**Expectativa e realidade: do projeto de pesquisa à pesquisa em si**	49
2.2	**Um campo multifacetado de carne e osso, papéis e telas**	54
2.3	**Campo global: recomendações da OMS**	56
2.4	**Campo local e situado: políticas, debates públicos e experiências de gravidez e nascimento no Canadá**	60
2.4.1	A pesquisa de campo: recrutamento das participantes e os encontros e desencontros	65
3	**RISCO, GRAVIDEZ E NASCIMENTO NA AGENDA DE DESENVOLVIMENTO GLOBAL**	74
3.1	**Riscos oficiais, metáforas para falar de morte e os problemas de implementação da *Safe Motherhood Initiative***	74
3.2	**Reprodução e desenvolvimento nos objetivos para o novo milênio**	82
3.3	**Mortalidade Materna como indicador de desenvolvimento: a arte de torturar um índice até que ele se justifique?**	87
3.4	**Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: ainda tem (muita) gente ficando para trás**	91

4 **RISCO NAS RECOMENDAÇÕES DA OMS PARA GRAVIDEZ E NASCIMENTO** 98
4.1 **Tecnologia apropriada para o parto** 98
4.2 **Um guia prático para a assistência ao parto** 102
4.3 **Recomendações para uma experiência positiva de gravidez, parto e maternidade** 108
4.3.1 Diretrizes para o pré-natal 112
4.3.2 Diretrizes para o parto 123
4.3.3 Diretrizes para reduzir cesáreas desnecessárias 127
5 **RISCOS LOCAIS E SITUADOS** 132
5.1 **Histórias cruzadas** 132
5.2 **"Já mandei pro meu marido: é hoje, Ludmilla mandou avisar que é hoje!": planejamento da gravidez e tentativas de concepção** 144
5.3 **"Assim que você sabe que está grávida, descobre também que é ansiosa": descoberta e anúncio da gravidez** 148
5.4 **"Eu fiquei 99.7% *in range*, então eu cuidei demais desse período todo, sabe?": cuidados específicos com a gravidez** 152
5.4.1 O curioso caso da cafeína 162
CONSIDERAÇÕES FINAIS 173
REFERÊNCIAS 179
APÊNDICE A – Carta e Termo de Consentimento 191
APÊNDICE B – Formulário de informações sociodemográficas 196
APÊNDICE C – Roteiro para entrevistas no Canadá: Gravidez 198
APÊNDICE D – Roteiro para entrevistas no Canadá: Nascimento 200
APÊNDICE E – A história de L.: uma "gestação delicada" 201
APÊNDICE F – A história de Ana: em busca do "parto perfeito" 217
APÊNDICE G – A história de Nat: essa aqui é "minha loteria" 233

INTRODUÇÃO

A área temática abordada por este estudo tem me interessado desde o nascimento da minha filha, há treze anos, quando comecei a observar e refletir sobre os diversos discursos e práticas que envolvem a experiência da maternidade. Dentro desse amplo campo de pesquisa, concentrei meus esforços nos últimos anos na investigação sobre o "movimento de humanização da assistência ao parto" no Brasil e, especialmente durante o mestrado em Saúde Coletiva, sobre o processo de formação de doulas[1]. A partir dessa pesquisa, surgiram algumas questões relacionadas aos discursos, práticas e modos de subjetivação envolvendo gravidez e nascimento, especialmente aqueles ligados à ideia de "risco".

Na construção do projeto de pesquisa que deu origem a este estudo, tomei como ponto de partida o lugar preponderante que as "evidências científicas" vêm ocupando no movimento de humanização. Além disso, chamou minha atenção os deslocamentos discursivos em torno das noções de risco e perigo que permeiam os debates sobre gravidez e, principalmente, sobre as formas de fazer nascer: parto e cesárea.

O movimento de humanização do parto no Brasil se configura em torno de um conjunto de valores e proposições que se opõem às formas altamente medicalizadas e intervencionistas de assistência ao parto. Nas últimas décadas, esse movimento vem propondo e implementando mudanças nas práticas de cuidado e na relação entre a gestante/parturiente e seus cuidadores, com o objetivo de respeitar o "tempo fisiológico" da gravidez e do parto (CARNEIRO, 2013) e priorizar o uso de tecnologias apropriadas em detrimento daquelas consideradas danosas (DINIZ, 2005).

Durante minha pesquisa de mestrado, observei que as doulas frequentemente faziam referência às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e às "evidências científicas" como fontes de informação confiáveis e de qualidade sobre os processos de gestar, parir e maternar. Grande parte dos cursos de capacitação de doulas está fundamentada nos princípios da chamada "Medicina Baseada em Evidências", especialmente nas recomendações da OMS publicadas em 1996[2] – consideradas uma espécie de "bíblia" pelas coordenadoras desses

[1] As doulas são novas especialistas no campo da saúde materna, cuja função é fornecer informações ao longo da gravidez e suporte físico e emocional durante o parto e pós-parto imediato. Essas profissionais integram o movimento de humanização do parto (SILVA, 2017).

[2] Essas recomendações que se tornaram referência para os defensores da humanização do parto foram publicadas no Brasil sob o título "Assistência ao Parto Normal: um guia prático".

cursos (SILVA, 2017). Elas consideram essas "informações baseadas em evidências científicas atualizadas"[3] como fundamentais para que as pessoas possam fazer escolhas e tomar decisões de forma "consciente". Isto é, as evidências científicas aparecem como argumentos de autoridade estratégicos para serem usados diante de práticas consideradas ultrapassadas (RUSSO et al., 2019).[4]

As mudanças no modo de dar à luz reivindicadas pelo movimento de humanização, e que aparecem em algumas políticas de saúde no Brasil[5], estão alinhadas com aquilo que vem sendo proposto pela OMS desde 1985 (RUSSO et al., 2019). Nas últimas décadas, a OMS vem lançando uma série de recomendações com base na revisão e análise de tecnologias e práticas de monitoramento e intervenção no "processo fisiológico do parto" para reduzir intervenções médicas consideradas desnecessárias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985, 1996). A partir de 2015, como parte das ações voltadas para "saúde e bem-estar" dentro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a OMS publicou um conjunto de novas diretrizes com o objetivo de promover uma "experiência positiva" de gravidez, parto e maternidade, revisando (ou não) a necessidade de se manter algumas intervenções em gestações "de baixo risco" e trabalhos de parto "normais", bem como desencorajar a prática de "cesáreas desnecessárias", tendo em vista o aumento global na realização dessa cirurgia e os riscos desta para a saúde de mulheres e bebês (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, 2018a, 2018b).

No contexto brasileiro, o número de cirurgias cesarianas vem aumentando continuamente desde a década de 1990, sendo mais frequente entre mulheres com melhores condições socioeconômicas, idade mais avançada e maior nível de escolaridade, que recebem cuidados pré-natais em serviços privados (DOMINGUES et al., 2014). Os principais fatores associados à realização de cesarianas são as experiências negativas em partos anteriores, as prescrições médicas – que revelam um aumento nos tipos de indicações (DIAS et al., 2008)[6] –

---

[3] As expressões entre aspas foram utilizadas pelas minhas interlocutoras.

[4] A importância crescente das "evidências científicas" vem promovendo, por exemplo, uma mudança na terminologia dentro do movimento de humanização. Atualmente, alguns grupos de ativistas em prol do parto natural estão substituindo o termo "assistência humanizada" por "assistência baseada em evidências" (Notas de campo).

[5] O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, instituído no ano 2000, e a Rede Cegonha, criada em 2011, são alguns exemplos dessas ações (RUSSO et al., 2019).

[6] A médica obstetra e ativista do movimento de humanização no Brasil, Melania Amorin, publicou em seu site "Estuda, Melania, estuda!" uma lista de indicações de cesariana "reais" (prolapso de cordão, placenta prévia e

e as incertezas e perigos que cercam momento do nascimento, como o medo de não conseguir parir, o tratamento desumano dos profissionais de saúde e, especialmente para usuárias da rede pública de saúde, dúvidas em relação ao acesso à assistência médica durante o trabalho de parto (DOMINGUES et al., 2014).

Alguns estudos realizados no Brasil vêm abordando a trajetória das mulheres na definição da via de nascimento. Enquanto para algumas mulheres a cirurgia cesariana pode ser considerada como a via de nascimento "mais coerente com suas trajetórias e formas de gestão da vida, do corpo e dos riscos; o modo de parir e dar à luz seus filhos que contém os valores de modernidade, controle e segurança" (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015, p. 894), para outras, o parto ainda é a via de nascimento preferencial (DOMINGUES et al., 2014). Contudo, apesar dessa preferência inicial pelo parto, os estudos de Dias et al. (2008) e Domingues et al. (2014)[7] revelam que as mulheres brasileiras vão "mudando de opinião" sobre a via de nascimento de seus bebês ao longo da gravidez. Ao interagirem com os serviços de saúde, um cenário de riscos associados ao parto é construído, fortalecendo a crença de que o parto é mais perigoso do que a cesariana (DIAS et al., 2008; LEAL et al., 2014; NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015).

De fato, no Brasil, os partos geralmente acontecem com um número excessivo de intervenções, muitas vezes acompanhados de abusos, humilhações e maus-tratos, resultando em dor, danos físicos e sofrimento. Assim, para um número significativo de mulheres, as cesarianas têm se tornado uma "opção" para mitigar esses riscos e minimizar o sofrimento (LEAL; GAMA, 2014) – como dizem no movimento de humanização: "oferecem um modelo de parto violento para vender cesárea". Os altos índices dessa cirurgia no país confirmam esse panorama e indicam que fatores não clínicos também influenciam na definição da via de nascimento (DOMINGUES et al., 2014).

---

herpes genital com lesão ativa no momento do parto) e indicações "fictícias" ("circular de cordão", tamanho/peso do feto e cesárea anterior). Até o fechamento desta tese, a médica tinha reunido 270 indicações fictícias. Disponível em: http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html Acessado em: 26 jun 2023.

[7] O estudo de Domingues *et al* (2014) integra a pesquisa de base populacional "Nascer no Brasil" promovida pelo Ministério da Saúde e coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz. Essa pesquisa investigou uma amostra de 23.894 mulheres entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, e estimou, entre outras coisas, a prevalência de cesarianas em instituições do Sistema de Saúde Brasileiro, segundo tipo de serviço: público, privado e conveniado SUS. Os resultados mostraram que 48% dos partos são vaginais (parto normal) e 52% são cesáreos; as cesáreas acontecem com mais frequência no serviço privado, representando 88% do total analisado, do que no serviço público, cuja taxa é de 46% (LEAL et al., 2014).

Em suma, as políticas públicas e normativas governamentais brasileiras relativas à saúde materna são orientadas desde os anos 2000 pelo "modelo humanizado", em detrimento do "modelo tecnocrático" (DAVIS-FLOYD, 2001) predominante no país. No entanto, esse modelo humanizado ainda enfrenta inúmeros obstáculos para que seja efetivamente implementado. O excesso de intervenções nos partos e a "epidemia de cesáreas", evidenciados pela pesquisa de base populacional *Nascer no Brasil*, refletem essas dificuldades. Essa disputa entre modelos de assistência obstétrica, conforme observou Maia (2010), está embasada por diferentes representações acerca da mulher, da gravidez e do nascimento, e articula embates políticos, organizacionais e profissionais.

Observo que, nesses debates, noções de risco/perigo também são acionadas para legitimar ideias e propostas que vão na contramão do que preconiza a OMS. Um exemplo de acontecimento recente no Brasil nesse sentido foi a publicação da Resolução 293/2019 pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ). Essa resolução proíbe médicos de assinarem qualquer documento que possa restringir a "autonomia médica", incluindo o "plano de parto", baseado na ideia de que isso impediria a "adoção de medidas de salvaguarda do binômio materno-fetal" colocando, portanto, a vida da mulher e do feto/bebê em risco. O "plano de parto" é um planejamento individual elaborado pela gestante conjuntamente com o profissional de saúde durante o pré-natal, sendo preconizado pela OMS desde 1996. Nesse instrumento, são indicados diversos elementos, desejos e preferências relacionados à assistência ao parto e aos cuidados com o bebê imediatamente após o nascimento. Observo que, dentro desse debate, o plano de parto aparece como um "objeto de fronteira" (CLARKE, 2005), pois além de possuir um caráter educativo para a gestante e de comunicação desta com a equipe assistente e com a instituição de saúde, a elaboração desse documento também vem sendo definida no âmbito jurídico como uma "diretiva antecipada de vontade", que poderia ser usada como prova num possível processo judicial contra os médicos, por exemplo. Sendo assim, a resolução do CREMERJ surge como uma forma de mitigar riscos: não necessariamente o risco de vida para mulheres, fetos ou bebês, e sim o de litígio para médicos em situações de violência obstétrica.

Outro exemplo de como certas noções de risco podem ser subvertidas e acionadas para validar propostas que divergem ao recomendado pela OMS é o projeto de "Lei da cesárea" de autoria da deputada estadual Janaína Paschoal (PSL/São Paulo), que visa implementar a realização de "cesáreas eletivas" no Sistema Único de Saúde (SUS). A deputada argumenta contra a "imposição" da ideia de que o parto seria melhor para a saúde do que a cesariana, alegando que essa imposição estaria violando o princípio da Bioética de "não maleficência"

ao mencionar os “riscos que circundam o parto normal”, especialmente para o feto (como o risco de “sofrer anóxia” durante o trabalho de parto e ficar “sequelado para o resto da vida”).

Gravidez e nascimento, enquanto processos que (re)produzem novos sujeitos, tem sido tema de debates públicos que influenciam a construção de políticas de saúde, assim como alvo de saberes especializados e do desenvolvimento de novas tecnologias. Estes processos também revelam, conforme observa Rezende (2011), como o corpo é cingido e vivenciado a partir de significados e práticas que variam não apenas entre as épocas e culturas, mas também entre diferentes segmentos sociais que coexistem em uma mesma sociedade.

Nas sociedades ocidentais modernas, gravidez e nascimento, que antes integravam uma vivência comunitária e essencialmente feminina (EHRENREICH; ENGLISH, 2010), passaram a ser compreendidos dentro da esfera médica, cuidados por especialistas e controlados a partir de diversos exames que monitoram a saúde da grávida e, especialmente, a do feto. Na passagem para o século XX, esses processos começaram a ser cada vez mais escrutinados e vistos como potencialmente perigosos: os obstetras da época consideravam que eles estariam sujeitos a “tantas e tão frequentes complicações que constituiriam, por si só, um risco” (SILVA et al., 2019, p. 4). Nesse sentido, a obstetrícia moderna, ao transformar o corpo feminino em objeto de conhecimento médico e alvo de discursos normativos “para o bom desempenho de suas funções reprodutivas e sociais” (MARTINS, 2004, p. 15), conferiu uma identidade comum às “mulheres-mães” e passou a influenciar a construção social da gravidez e do nascimento como processos observáveis e passíveis de controle (SILVA et al., 2019).

Com a medicalização do par gravidez/nascimento, os discursos de risco se intensificaram e o “risco” se tornou um conceito fundamental para a mensuração, gestão e prevenção de desfechos considerados indesejáveis ou negativos (LUPTON, 1999, 2012; CHADWICK; FOSTER, 2014; ALASZEWSKI, 2015; COXON et al., 2016). Isto é, risco tornou-se um conceito-chave no que se refere ao manejo da gravidez e do nascimento; em nenhum lugar sua difusão e aceitação é tão evidente quanto nessas esferas (CHADWICK; FOSTER, 2014). Essas noções de risco também vem aumentando na medida em que surgem e se propagam novas tecnologias diagnósticas a serem incorporadas ao pré-natal, que pretendem desvelar detalhes acerca da gravidez ou do feto que está sendo gestado (LÖWY, 2018).

Gravidez e nascimento são eventos significativos para o desenvolvimento de fetos e bebês, que utilizam/sustentam um sistema especializado de monitoramento, orientação e aconselhamento projetado para garantir a segurança da futura criança. Em face da dificuldade (ou impossibilidade) de descrever e mensurar a “normalidade” desses momentos, a segurança

passa a significar ausência de perigo e esse perigo, por sua vez, é evitado através de uma vigilância contínua (COXON; SANDALL; FULOP, 2014). Atualmente, as consultas e os exames pré-natais de rotina, assim como as práticas de assistência ao parto, são gerenciados por diversos especialistas, orientados para o monitoramento e controle de riscos e incluem uma série de intervenções com o objetivo de identificar e corrigir disfunções e anormalidades. Nesse sentido, com o objetivo de garantir o nascimento seguro de bebês saudáveis, no início do pré-natal, as gestantes são classificadas de acordo com categorias de risco que podem variar de um país para outro. Por exemplo, no Canadá, as mulheres são divididas em três grupos: saudável ou sem risco previsível, de risco e de alto risco; já no Brasil, são divididas em dois grupos: alto-risco e baixo-risco ou risco habitual (nunca sem risco?).[8] A despeito dessa diferença, em todos os lugares, essa classificação é reavaliada continuamente durante a gravidez, no início do trabalho de parto e ao longo de todo processo de parturição, podendo passar da categoria de "baixo-risco" para "alto-risco" (nunca no sentido contrário?).

É importante destacar que, embora minhas inquietações e questões tenham como fundamento e inspiração as observações e pesquisas realizadas principalmente no contexto brasileiro, considero que o Canadá também é um bom local para pensar sobre essas questões. Esse país é reconhecido como um dos pioneiros na introdução da "promoção da saúde" como novo paradigma no campo da Saúde Pública. O Canadá possui uma das menores taxas de mortalidade materna no mundo e se apresenta como um exemplo entre os países que seguem "ao pé da letra" as recomendações da OMS no estabelecimento das políticas direcionadas para gestão das gravidezes e nascimentos. Apesar de existir variações entre as províncias em relação ao nível de implementação das práticas de cuidado, o modelo canadense de atenção à gravidez e ao nascimento parece estar bem consolidado. De modo geral, no Canadá, as mulheres grávidas são orientadas a frequentar aulas de educação para o parto para receber informações sobre o processo de parturição e sobre o tipo de assistência disponível, e podem escolher o local de parto: no domicílio, centro de parto (*birth centre*) ou hospital. Contudo, as taxas de parto domiciliar ou nos centros de parto permanecem baixas, sendo a ocorrência da quase totalidade dos nascimentos no país em hospitais com serviços de maternidade.

---

[8] A França adota outras classificações de risco obstétrico: baixo, médio e alto. Essa classificação é decorrente de uma reforma estabelecida no final dos anos 1990, que reestruturou a gestão médica das gravidezes e dos nascimentos na França (CARRICABURU, 2008). Com base no pressuposto de que o risco obstétrico é previsível, os profissionais de saúde encaminham as grávidas para o serviço de maternidade correspondente ao grau de risco para ela e para o feto: cada nível de risco (baixo, médio e alto) corresponde ao serviço de maternidade nível I, II ou III, respectivamente. Carricaburu (2007) argumenta que a definição dessas categorias de risco se articula com modelos de cuidado significativamente diferentes: um que tende a "destecnificar" o nascimento enquanto o outro enfatiza a medicalização da assistência.

Em 2108, após ter um primeiro contato com algumas brasileiras que vivem no Canadá, pude perceber que aquilo que não aparentava ser um problema (dada a consolidação do modelo canadense de assistência pré-natal e ao parto) ainda carecia de maiores investigações. A partir de conversas informais com mulheres brasileiras de camadas médias que tiveram filhos no Canadá, observei que essas mulheres tiveram experiências *sui generis*: as dificuldades de comunicação pelas barreiras do idioma, estar longe da família/rede de apoio, ter que utilizar o sistema de saúde pública canadense e não ter a cirurgia cesariana como uma "opção" (como acontece no Brasil, para quem é usuária de plano de saúde ou pode pagar pelo procedimento), fazem com que elas fiquem inseguras e apreensivas em relação ao momento do nascimento de seus filhos e se sintam compelidas a passar por um "parto normal". Essas experiências indicam, conforme observado por Coxon, Sandall e Fulop (2014), que a influência do modelo de cuidados do país de origem parece ter mais força do que a abordagem do país anfitrião.

Diante do exposto, considero importante indagar sobre o que acontece ao longo da trajetória das gestantes até a definição da via de nascimento: quais são os deslizamentos discursivos em torno das noções de risco que acompanham os debates públicos que dizem respeito às gravidezes e formas de fazer nascer? Como esses discursos de risco são acionados durante os cuidados pré-natais e na definição da via de nascimento? Como eles se articulam com a construção de práticas e experiências de gravidez e no modo de dar à luz? Qual o impacto na construção de subjetividades acerca da maternidade?

Neste estudo etnográfico multi-situado procurei investigar a articulação entre os discursos de risco e a construção de práticas, experiências e formas de subjetivação relacionadas à gravidez e ao nascimento em três esferas: global, local e situada. Globalmente, mapeei e analisei algumas noções de risco em políticas de saúde materna, especialmente as recomendações da Organização Mundial da Saúde publicadas no contexto de implementação da "Agenda 2030" para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Além disso, nas esferas local e situada, investiguei os deslizamentos discursivos acerca das noções de risco, tanto nos debates recentes que influenciam a construção de políticas em saúde materna, quanto nas experiências de mulheres brasileiras que tiveram filhos no Canadá. Busquei, com essa pesquisa, analisar como elas perceberam, negociaram e lidaram com os perigos associados à concepção e à gestação de seus filhos para compreender como esses discursos se articulam com a construção de práticas e experiências relacionadas à gravidez e ao nascimento.

Este estudo explora a hipótese já discutida nos estudos socioculturais sobre “risco” de que este conceito tem um caráter arbitrário e polissêmico, apesar de se apresentar como uma categoria neutra e objetiva, empregada como um valioso preditor para intervenções nos corpos individual e social (NEVES, 2008). Nesse sentido, os significados atribuídos aos “riscos” relacionados ao manejo da gravidez e do parto são múltiplos e situados (HARAWAY, 2009), não se limitando, portanto, às noções biomédicas de risco. Com essa pesquisa, procurei trazer à tona algumas questões sobre a formulação de políticas de saúde da mulher no século XXI e sobre discursos e práticas relacionados à gravidez e ao nascimento em um contexto sociocultural específico. Busquei valorizar a centralidade das experiências situadas como um recurso importante para articular avanços na formulação de políticas públicas e transformações nas práticas de saúde.

Assim, inicio esta tese apresentando no primeiro capítulo uma breve revisão da bibliografia dos estudos socioculturais sobre o risco, em especial aqueles relacionados à gravidez e ao nascimento. Estes estudos vêm apontando que as construções associadas a esse conceito são mais complexas, podendo variar não só entre os diferentes atores envolvidos, mas também de acordo com uma série de fatores, como crenças, valores e visões de mundo que são moldados por contextos históricos, culturais e sociais específicos (DOUGLAS, 1966; DOUGLAS; WILDAVSKY, 1982; GIDDENS, 1989; BECK, 1992). A partir da abordagem sociocultural do risco é possível analisar como os processos sociais, políticos e econômicos, por exemplo, modelam a construção de significados e a percepção dos riscos. Essa abordagem baseia-se no pressuposto de que as variações nas concepções e nas respostas dos indivíduos aos riscos podem não estar necessariamente associadas às características intrínsecas ao próprio perigo, e sim a sistemas classificatórios e exigências morais específicos de cada sociedade/grupo social (HAMMER; INGLIN, 2014).

No segundo capítulo, apresento o aporte teórico-metodológico deste estudo. Nele, descrevo a pesquisa etnográfica multi-situada que realizei, baseada na proposta de Adele Clarke (2005) para uma “análise situacional” que permitisse compreender e representar a multiplicidade de discursos, explorando seus significados nas situações investigadas e consequências concretas para aqueles que estudamos, aprimorando, com isso, o estudo empírico das diferenças. Clarke (2005) elenca uma série de questões metodológicas que vêm sendo elaboradas após a “virada pós-moderna”, como o reconhecimento do caráter político das práticas de pesquisa e a reflexividade e posicionalidade de pesquisadores sobre esses processos de observação, onde se assume a parcialidade e a situacionalidade dos fenômenos investigados, reposicionando os pesquisadores do papel de “analistas oniscientes” para o de

“participantes reconhecidos”. Assim, neste trabalho apresento análises sobre políticas globais e debates locais relacionadas à saúde materna, bem como sobre as experiências situadas de gravidez e parto de mulheres brasileiras migrantes no Canadá, a partir de uma perspectiva bastante particular: a de uma pesquisadora brasileira, mulher negra, mãe de uma adolescente, filha de emigrantes nordestinos (que foram para a região Sudeste nos anos 1970 em busca de oportunidades de estudo e trabalho), que nasceu e cresceu no Rio de Janeiro e que saiu do seu país de origem, um país “em desenvolvimento” no sul global, para investigar a experiências de outras mulheres brasileiras em um país “desenvolvido” no norte global.

Nos capítulos três e quatro, apresento as análises sobre as noções de risco na gravidez e no nascimento em políticas globais para a saúde materna publicadas nas últimas décadas do século XX, como a *Safe Motherhood Initiative*, até as recomendações mais atuais publicadas no âmbito da “Agenda 2030” para o desenvolvimento sustentável. Nessa parte faço uma interpretação dessas políticas, verificando as mudanças e permanências nas noções de risco presentes em “políticas da reprodução” (GINSBURG; RAPP, 1995) que foram lançadas em diferentes momentos e direcionadas a diferentes locais e grupos populacionais.

Por fim, no capítulo cinco, apresento um mapeamento e análise de noções de risco/perigo que apareceram nos relatos sobre as experiências de gravidez e parto de mulheres brasileiras que migraram e tiveram seus filhos no Canadá, especificamente na região da “grande Toronto”. A partir desses relatos, examino essas noções no planejamento da gestação, incluindo as tentativas de concepção, na descoberta e anúncio das gravidezes e nos cuidados específicos que elas adotaram com a gravidez. Finalizo essa parte apresentando o curioso e controverso caso de uma das recomendações atuais da OMS para o pré-natal: a restrição no consumo de cafeína por gestantes.

1 RISCO, GRAVIDEZ E NASCIMENTO: OS ESTUDOS PRECEDENTES

Diversos estudos apontam que, em se tratando de gravidez e nascimento, risco é um conceito-chave na prática obstétrica atual para mensurar, gerenciar e prevenir desfechos considerados negativos para gestantes e bebês (LUPTON, 1999; SCAMELL; ALASZEWSKI, 2012; CHADWICK; FOSTER, 2014; COXON et al., 2016). Os discursos de risco que permeiam os modelos biomédicos de cuidados pré-natais e assistência ao parto operam dentro de uma abordagem "técnico-científica" que coloca os perigos para a saúde materna e fetal como fenômenos passíveis de serem estimados/previstos a partir de fórmulas estatísticas e indicadores de saúde (CHADWICK; FOSTER, 2014). A avaliação objetiva dos riscos está, portanto, amparada no pressuposto de que esses perigos podem ser conhecidos, quantificados e, quando não controlados, pelo menos, reduzidos (NEVES, 2008).

De acordo com Guivant (1998), os estudos técnicos e quantitativos acerca dos riscos ganharam força nos anos 1960 a partir de várias disciplinas, sobretudo a Toxicologia, a Epidemiologia, a Psicologia (behaviorista e cognitiva) e as Engenharias – uma verdadeira indústria de determinação e avaliação de risco, conforme apontam Castiel, Guilam e Ferreira (2010). A partir desta abordagem "[o] risco é considerado um evento adverso, uma atividade, um atributo físico com determinadas probabilidades objetivas de provocar danos, e que pode ser estimado" através de uma série de métodos quantitativos, como predições estatísticas, estimação probabilística, análises psicométricas, entre outros (GUIVANT, 1998, p. 4). Ainda segundo Guivant (1998), estes estudos abrangem, fundamentalmente, três temas: estimação, administração e comunicação. A estimação dos riscos inclui a caracterização das fontes de risco e das relações entre as doses de risco e suas consequências para as populações afetadas; a administração dos riscos fornece elementos quantificáveis para a formulação de políticas públicas de legislação e regulação de riscos; e a comunicação dos riscos visa diminuir as distâncias entre a percepção dos peritos e a dos leigos mediante a difusão de informação — sendo este último tema apontado pela autora como um dos maiores desafios para os técnicos.

Neves (2008) ressalta a influência marcante dessas análises técnicas de risco nas esferas político-sociais de tomada de decisão – a mortalidade materna seria um exemplo relevante da capacidade dessas análises de ensejar ações de saúde pública e produzir efeitos no tecido social, como veremos adiante – e chama a atenção também para a centralidade do conceito de risco na concepção e prática da medicina atual: o esforço da medicina para que suas práticas estejam vinculadas ao conhecimento científico se mantém e toma forma na

chamada Medicina Baseada em Evidências (MBE). A MBE, conforme observaram Brives, Le Marcis e Sanabria (2016), está fundamentada em uma filosofia positivista da ciência que visa racionalizar "as práticas confusas da medicina clínica", tendo a Epidemiologia como um de seus pilares, e o conceito de risco, por seu caráter (supostamente) neutro, científico e objetivo, como um importante preditor para um conjunto de intervenções. Segundo Neves (2008), na epidemiologia, a partir do conhecimento orientado pelo conceito de risco, "desencadeia-se ações institucionalizadas de interdição e intervenção sobre os corpos individual e social, como um dos instrumentos de normalização da vida social" (NEVES, 2008, p. 16).

Conforme Coxon et al. (2016) argumentam, se por um lado as gravidezes e os nascimentos poderiam ter se tornado mais seguros com a proliferação de estudos e informações científicas sobre esses eventos, por outro, a intensificação dos discursos de risco aumentaram a sensação de que estes momentos podem ser críticos ou potencialmente perigosos. Assim, de acordo com Neves (2008: 47), "a excessiva especialização deste conhecimento e seus impactos sobre os diferentes grupos populacionais levou ao desenvolvimento de outras perspectivas teóricas relacionadas ao risco", em especial os estudos não-quantitativos fundamentados nas perspectivas sociológica e cultural.

1.1 **Estudos socioculturais sobre o risco**

A Sociologia e a Antropologia, dentre as diversas contribuições boas para pensar os fenômenos que envolvem saúde/doença, também colaboram significativamente para a análise do conceito de risco nas sociedades ocidentais contemporâneas. Esse tipo de análise é fundamental para compreender que as construções associadas ao conceito de risco são mais complexas, podendo variar, por exemplo, de acordo com contextos históricos, geográficos, culturais e sociais específicos.

Os estudos de Mary Douglas (1966, 1985, 1994), Ulrich Beck (1992, 2008) e Anthony Giddens (1989) têm sido intensamente utilizados por cientistas sociais para pensar criticamente a construção social do risco nas sociedades ocidentais contemporâneas. Segundo Guivant (1998), embora haja diferenças entre as abordagens cultural e sociológica dos riscos, todas apontam os limites das análises quantitativas focadas nos aspectos técnicos dos riscos, que pressupõem que as sociedades compartilham consensos sobre eles. Essas análises são

criticadas, sobretudo, por simplificar o contexto dos comportamentos relacionados com os perigos.

De acordo com Guivant (1998), Beck e Giddens transformaram substancialmente o debate sobre os riscos ao trazê-los para o centro da teoria social e apresentá-los como fundamentais para entender a vida das sociedades ocidentais contemporâneas, caracterizadas pela "radicalização dos princípios que orientaram o processo de modernização industrial, o que marcaria a passagem da sociedade moderna para a sociedade da alta modernidade, segundo Giddens, ou para a sociedade de risco ou da modernização reflexiva, segundo Beck" (GUIVANT, 1998, p. 17). Nesse sentido, para esses autores, o desenvolvimento científico e tecnológico (nas suas diferentes manifestações) seria fonte potencial de autodestruição da sociedade industrial, trazendo à tona novos riscos que minam e/ou anulam os sistemas de segurança pré-estabelecidos. Beck e Giddens destacam as especificidades dos riscos contemporâneos – especialmente, os ambientais e tecnológicos – e consideram que estes riscos são objetivamente diferentes daqueles enfrentados no passado. Esses novos riscos não seriam meros efeitos colaterais do progresso, eles são centrais e constitutivos do próprio processo de desenvolvimento (GUIVANT, 1998).

"A sociedade moderna se tornou uma sociedade de risco na medida em que se ocupa, cada vez mais, em debater, prevenir e administrar os riscos que ela mesma produziu" (BECK, 2008). De acordo com Neves (2008), a análise de Beck parte da "tomada de consciência" sobre as consequências do processo de modernização industrial para enfatizar a "reflexividade" introduzida pela crescente preocupação com os riscos, sobretudo os ambientais. Se na sociedade moderna as certezas estavam baseadas na confiança no progresso científico e tecnológico, na "sociedade do risco", tais certezas se diluíram justamente em razão do conhecimento produzido e acumulado sobre nós mesmos e sobre o meio ambiente.

Avançando um pouco mais e indo além do que propõe Beck, Giddens observa que as transformações que caracterizam o período da alta modernidade acontecem não só no plano macrossocial, mas afetam principalmente as experiências cotidianas (GUIVANT, 1998). A "destradicionalização" da sociedade, segundo Giddens, teria levado a uma busca compulsiva por valores que orientem os indivíduos diante das inseguranças do mundo contemporâneo; e a busca pela "segurança ontológica" faz com que o risco apareça como uma forma de pensar e racionalizar tais incertezas (NEVES, 2008). A especificidade dos riscos atuais estaria não só no fato de que eles são novos (ocasionados pelo desenvolvimento científico e tecnológico, em oposição aos riscos naturais), mas porque a sua estimação passa a ser um exercício constante, tanto para peritos quanto para leigos (GUIVANT, 1998). Além disso, com o

“desencantamento” da ciência e o consequente descrédito acerca do conhecimento perito, sempre sujeito a revisões e debates, surgem novas relações entre sistemas de conhecimento leigos e peritos, nas quais os indivíduos podem se apropriar do conhecimento perito, reinterpretando-o e transformando-o tanto nos espaços da intimidade como nos espaços políticos (GUIVANT, 1998).

Conforme Guivant (1998) observa, as análises sociológicas de Beck e Giddens coincidem, ainda que de forma não explícita/referenciada, com as críticas que já haviam sido desenvolvidas pela antropóloga inglesa Mary Douglas, em meados dos anos 1960: tanto os limites das avaliações técnicas dos riscos quanto o problema da dicotomia entre um conhecimento perito que “determina” os riscos e uma população leiga que os “percebe” já haviam sido pontuados na abordagem cultural dos riscos.

1.2 **A teoria cultural de Mary Douglas: seleção de riscos, aceitabilidade e purificação**

Mary Douglas (1966, 1985, 1990, 1994, entre outros) é uma autora fundamental dentro da abordagem cultural dos riscos. A partir do estudo antropológico de rituais de purificação em “sociedades tradicionais”, Douglas “estabeleceu as bases do que passou a ser identificado como a teoria cultural dos riscos, centrada numa visão socioconstrutivista segundo a qual os indivíduos são organizadores ativos de suas percepções, impondo seus próprios significados aos fenômenos” (GUIVANT, 1998, p. 5). Nas palavras da autora, “uma abordagem cultural pode nos fazer ver como o consenso da comunidade relaciona alguns perigos naturais a defeitos morais” (DOUGLAS; WILDAVSKY, 1982).

Em 1982, Douglas publicou em colaboração com Wildavsky o livro *Risk and culture: an essay on selection of technical and environmental dangers*, no qual eles elaboram uma abordagem mais geral que inclui os diversos riscos incorridos pelas sociedades ocidentais modernas, tais como aqueles decorrentes de problemas ambientais (poluição), sociais (violência e criminalidade) e políticos/econômicos (instabilidade política/relações exteriores e guerras). A partir desse trabalho, Douglas e Wildavsky levam o tema dos riscos para o campo do debate político e moral (GUIVANT, 1998).

Diante da impossibilidade de se calcular todos os riscos que nos cercam e, ainda assim, da necessidade de ter que agir sobre eles, esse livro aborda o modo como alguns tipos particulares de perigos são selecionados e passam a ser alvos de atenção especial. Nele,

Douglas e Wildavsky (1982) trazem as seguintes questões: com base em que as pessoas classificam os perigos? Como as pessoas decidem quais riscos considerar e quais ignorar? Quais tipos de riscos são aceitáveis para quais tipos de pessoas?

Segundo Douglas e Wildavsky (1982), o processo de classificação dos riscos, isto é, a definição de quais perigos são considerados e em qual ordem eles devem ser abordados exige critérios/princípios previamente estabelecidos: "Os diferentes princípios sociais que orientam os comportamentos afetam o julgamento de quais perigos devem ser mais temidos, quais riscos valem a pena correr e quem está autorizado a corrê-los" (1982, p. 6). De acordo com os autores, frente a tantas alternativas arriscadas, os pressupostos a partir dos quais as escolhas são feitas não são neutros nem isentos de valor; esse processo de escolha/seleção dos riscos é sempre dependente de crenças e valores morais dominantes e a aceitabilidade dos riscos, ou seja, quais riscos são aceitáveis para quais pessoas é sempre uma questão política cujos aspectos sociais precisam ser levados em conta.

De acordo com Douglas (1994), os indivíduos e grupos agem diante do perigo, infortúnio ou fatalidade baseados em repertórios mais ou menos fixos que, comumente, estão ancorados em explicações morais, trazendo a ideia de ofensa, pecado ou quebra de tabu; esses repertórios reforçam formas particulares de organização social, tanto no que se refere às escolhas das possíveis causas, quanto nas ações que devem ser tomadas frente a essas escolhas. A antropóloga também argumentava que essas ações são expiatórias, podendo estar acompanhadas do cumprimento de pena, castigo e/ou rituais de purificação, que incitam a comunidade a seguir as normas e a atribuir culpa aos inimigos externos ou à própria vítima pelo seu infortúnio (DOUGLAS, 1994).

Nesse sentido, nos estudos sobre risco/perigo com enfoque cultural, essas categorias são analisadas a partir de três aspectos: sua natureza coletiva, seu caráter simbólico e moral e os rituais que orientam comportamentos em situações de perigo (NEVES, 2008). Essa abordagem caracteriza-se pela ênfase no caráter cultural e arbitrário das noções de risco na orientação de práticas sociais e nas relações com o conhecimento técnico-perito (NEVES, 2008), o que implica uma pluralidade nas formas de apreensão dos riscos e uma diluição das fronteiras entre conhecimentos leigo e perito (GUIVANT, 1998).

Para Douglas, os sistemas conceituais só podem ser compreendidos em relação à estrutura de classificação da cultura da qual fazem parte, visto que suas cargas simbólicas revelam assimetrias e hierarquias que regem a vida social. Assim, cada cultura, de acordo com seus sistemas de classificação, vai definir os estados portadores de risco, cuja definição está associada às exigências morais da sociedade, e não necessariamente ao caráter objetivo do

perigo (NEVES, 2008). A abordagem cultural de Douglas está interessada no risco como mecanismo para policiar as fronteiras simbólicas, como um meio de manter a ordem e a coesão social (CHADWICK; FOSTER, 2014).

De acordo com Neves (2008: 33), "risco se constitui numa categoria de pensamento, entendido como um dos conceitos mais gerais que existem, já que se aplicam a todo o real". Segundo a autora, a categoria risco, enquanto construção coletiva de classificação e ordenamento da vida social, atua no âmbito da estrutura do pensamento e das ações sociais, orientando as percepções, os julgamentos e as ações na vida cotidiana. As classificações de risco carregam consigo valores definidos pelo entorno social que servem para "qualificar" acontecimentos, coisas e pessoas. Assim, ao classificar indivíduos ou comportamentos, por exemplo, o risco acaba por "[situá-los] num sistema hierarquizado em conformidade com a apreciação valorativa vigente" (NEVES, 2008: 36). Neves ressalta também o caráter relativo do risco, tendo em vista a arbitrariedade dos significados que lhe são atribuídos pelos sistemas simbólicos nos diferentes espaços sociais em que o termo é utilizado. Nesse sentido, para a autora, o risco pode ser considerado como um signo de natureza polissêmica, cujo "significante 'risco' é de domínio coletivo e os significados, construídos por grupos sociais, têm referentes diferentes" (NEVES, 2008: 33).

Seguindo nessa perspectiva, Guivant (1998: 5) aponta que "na seleção dos riscos relevantes, nem sempre a evidência científica teria o papel esclarecedor, pelo fato de que a escolha responderia a fatores sociais e culturais, e não naturais [...]". Isto é, a seleção de riscos é parte de um processo sociocultural que pode não ter uma relação direta com o seu caráter objetivo, acontecendo de acordo com o papel que os riscos assumem no reforço da solidariedade social das instituições das quais os indivíduos participam. Assim, conforme observa Guivant (1998, p. 6) "[ao] se considerar que os riscos são percebidos e administrados de acordo com princípios inerentes que reforçam formas particulares de organização social, deixa de ser possível tratar os riscos de forma neutra, com ferramentas metodológicas quantitativas".

1.3 **Risco e saúde**

O termo risco possui diferentes sentidos e está longe de ser considerado um conceito neutro. Pode estar associado de forma positiva a certas modalidades esportivas "radicais" e de

jogos ditos “de azar”, assim como pode operar como um termo não técnico que diz respeito a desfechos desfavoráveis (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010). Segundo Douglas (1990), as sociedades desenvolvem noções comuns, como a ideia de “risco” ou “pecado”, que “atravessa[m] toda a vida social para moralizar e politizar os perigos”. Para a autora, “o vocabulário neutro de risco é tudo o que temos para fazer uma ponte entre os fatos conhecidos da existência e a construção de uma comunidade moral” (DOUGLAS, 1990, p. 5).

No campo da Saúde Pública, a categoria risco assume uma conotação predominantemente negativa: a probabilidade de que aconteça um indesejável dano à saúde (LUPTON, 1993). Para Lupton (1993), os riscos para a saúde aparecem como uma ameaça constante e os discursos de risco evoluíram com uma aplicação específica nesse campo. Segundo a autora, os programas de promoção e educação em saúde – baseando-se na ideia de que tomar conhecimento sobre o perigo de certos comportamentos pode ajudar a evitá-los – iniciaram um movimento de conscientização de potenciais perigos provocados por escolhas de “estilo de vida”, bem como sobre os riscos para a saúde daqueles indivíduos que seguem tendo um comportamento “inadequado”, passando a responsabilizá-los por sua falta de força de vontade, fraqueza moral ou preguiça. Lupton (1993) alerta para a necessidade de darmos mais atenção aos significados morais e funções políticas implícitas nos discursos de risco e estilo de vida.

A retórica de risco que ora culpa a vítima por sua doença, ora responsabiliza o indivíduo por sua condição, segundo Crawford (1977), emergiu juntamente com os argumentos da inadequação e dos limites da medicina para lidar com a produção social da doença, que, associados àquilo que ele denominou de “crise dos custos”, conclama os indivíduos a se tornarem responsáveis por sua própria saúde e a não contarem com serviços médicos caros e ineficientes. Para o autor, a “ideologia da responsabilidade individual” obscurece as múltiplas dimensões da doença (ou condição) e institui uma formulação alternativa de controle social. Ela substitui a dependência da intervenção terapêutica por um modelo comportamental focado nos sujeitos, que passam, então, a serem responsáveis por sua saúde justamente quando seriam menos capazes de controlar o meio em que vivem. Nas palavras do autor, “a ideologia da responsabilidade individual promove um conceito de vida sábia que considera o indivíduo como essencialmente independente do seu entorno, sem restrições por eventos e processos sociais. Quando tais pressões são reconhecidas, ainda é o indivíduo que é chamado a resistir a elas” (CRAWFORD, 1977, p. 677, tradução nossa).

Sobre essa questão, Lupton (1993) acrescenta que a educação em saúde pode agir de forma coercitiva quando tenta convencer dando apenas um lado ou enfatizando somente um

tipo de argumento. Para ela, os esforços de persuasão têm o potencial de manipular subjetivamente os indivíduos, apelando para emoções, medos, ansiedades e sentimento de culpa das pessoas. Para a autora, a educação em saúde com ênfase nos riscos, na qual os indivíduos são incitados a avaliar os riscos relacionados aos estilos de vida de modo a alterar seus comportamentos, se configura como uma forma de pedagogia que possui a função de legitimar ideologias e práticas sociais particulares (LUPTON, 1993).

Em uma "sociedade de risco" (BECK, 1992), definida por perigos crescentes e generalizados, a "consciência de risco" tornou-se parte integrante das subjetividades individuais; e a responsabilidade pelo gerenciamento dos riscos tornou-se individualizada (CHADWICK; FOSTER, 2014). De acordo com Castiel, Guilam e Ferreira (2010), as ideias em relação aos riscos no âmbito da promoção de um estilo de vida considerado "saudável" são cercadas por interditos, não ditos, ambiguidades, interesses e ideologias. A abundante produção científica sobre tal temática, segundo esses autores, pode ser considerada como um dos principais elementos que participam da construção de um "espírito de risco" nas sociedades modernas; e esse "ambiente riscofóbico" pode se configurar como "[uma] estratégia limitante e produtora de ansiedades e inseguranças ao propor formatos restritivos de condução do comportamento das pessoas" (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p. 9).

Em um contexto que parece privilegiar a construção biomédica do risco, segundo Coxon et al. (2016), as discussões relacionadas à gravidez e ao nascimento via de regra são desequilibradas: o foco recai sobre desfechos adversos, negativos, e não sobre os possíveis resultados positivos, como os potenciais ganhos para a saúde. Para Coxon et al. (2016), as posições de todos os envolvidos são afetadas pela prevalência do pensamento de risco que paira sobre gravidez e nascimento. Por exemplo, para profissionais da assistência, as práticas ocorrem dentro de uma "cultura organizacional de medo", especialmente de litígios, que aumentam a ansiedade sobre a segurança durante o parto e sobre o seu resultado, acabando por justificar uma série de ações e intervenções "preventivas". Por exemplo, o medo de sofrer sanções ou ações judiciais por causa de um desfecho ruim pode fazer com que o profissional de saúde tome ações antecipadamente para compensar os possíveis riscos; na medida em que as práticas passam a ser orientadas por noções de risco, o profissional de saúde é orientado a comunicar para gestantes e familiares informações sobre os potenciais perigos; isso, por sua vez, faz com que eles experimentem a gravidez, o nascimento e a parentalidade através de uma "lente de risco" (COXON et al., 2016). Ainda de acordo com Coxon et al. (2016), uma das consequências da parentalidade na "sociedade de risco" é o aumento da "consciência do risco" e da ansiedade acerca dos resultados futuros, principalmente, em relação à criança; com

isso, gestantes e parceires têm que ser efetivos “gerentes de risco” para si e para seus filhos, e devem estar sempre atentos e vigilantes contra os possíveis perigos.

1.4 **Estudos socioculturais sobre risco na gravidez e no nascimento: uma breve revisão do quadro teórico atual**

A relação entre risco, gravidez e nascimento vem se configurando como um tema de interesse nas ciências sociais desde os anos 1990 que parece ter ganhado força na última década. A partir de um levantamento bibliográfico não sistemático de estudos socioculturais que abordam essa relação, encontrei diversas publicações, dentre teses, livros, artigos e editoriais. Cabe ressaltar que muitos dos artigos encontrados neste levantamento foram publicados no periódico internacional *Health, Risk & Society*. Esta revista foi criada em 1999 e tem se dedicado a cobrir diversos aspectos das análises sobre riscos relacionados à saúde, proporcionando uma compreensão teórica e empírica dos processos sociais que influenciam os modos como os riscos são assumidos, comunicados, avaliados e gerenciados em relação aos cuidados de saúde.

Em 2014, o volume 16 desse periódico trouxe o dossiê *Risk, Pregnancy and Childbirth*, com sete artigos de pesquisas sobre a emergência de discursos de risco na gravidez e no nascimento em manuais de higiene materna na passagem do século XIX para o XX (HALLGRIMSDOTTIR; BENNER, 2014); sobre o consumo de substâncias como álcool, tabaco e drogas ilícitas durante a gestação e o policiamento sobre as mulheres (HAMMER; INGLIN, 2014; STENGEL, 2014); e sobre o gerenciamento de riscos nos nascimentos (CHADWICK; FOSTER, 2014; COXON; SANDALL; FULOP, 2014) e daqueles decorrentes da própria medicalização (MITCHELL; MCCLEAN, 2014; SCAMELL; STEWART, 2014). De acordo com Barbara Katz Rothman (2014), autora do editorial que abre esta edição, esses artigos nos mostram que tanto na gravidez quanto no nascimento, assim como acontece na maior parte da vida cotidiana, não se trata apenas de “risco real” *versus* “risco percebido”, mas também da existência de uma ponderação e de um equilíbrio criativo dos riscos que precisam ser contextualizados.

Esse material, em grande parte, é proveniente de estudos produzidos por pesquisadoras de países como Inglaterra, França, Portugal, Suíça, Dinamarca, Noruega, Canadá, Estados Unidos e Austrália. Os contextos analisados também seguem essa tendência: a maior parte das

publicações abordam tecnologias de diagnóstico e práticas de pré-natal (WEIR, 1996; LÖWY, 2011; LUPTON, 2012), manuais dirigidos às mulheres grávidas (RUHL, 1999; HALLGRIMSDOTTIR; BENNER, 2014), políticas materno-infantis e discursos de saúde pública (BELL; MCNAUGHTON; SALMON, 2009; LOWE; LEE, 2010; HOLLAND; MCCALLUM; WALTON, 2016) e perspectivas/percepções de risco e processos de tomada de decisão tanto de profissionais (CARRICABURU, 2008; SCAMELL, 2011; SCAMELL; ALASZEWSKI, 2012) quanto de gestantes (HAMMER; BURTON-JEANGROS, 2013; COXON; SANDALL; FULOP, 2014) principalmente em países do norte global e/ou de alta renda.

As análises sobre riscos relacionados à gravidez e ao nascimento nos países de baixa e média renda do sul global, como Brasil (PIMENTEL et al., 2014; FAYA ROBLES, 2019), Guatemala (COSMINSKY, 2012), África do Sul (CHADWICK; FOSTER, 2014), Uganda (RUDRUM, 2017), Tanzânia (ALLEN, 2002), Camarões (VAN DER SIJPT, 2013), Moçambique (CHAPMAN, 2003), Nepal (BRUNSON, 2010) e Vanuatu (Melanésia) (LANE, 2015), também aparecem em alguns livros e artigos encontrados neste levantamento bibliográfico, em sua grande maioria de autoria de pesquisadoras europeias e norte americanas e publicados por editoras internacionais. Mas, vale dizer que os artigos foram publicados não só na revista internacional *Health, Risk & Society*, como também em periódicos nacionais, como a revista *Physis*, *Cívitas*, *Horizontes Antropológicos* e *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. No que diz respeito especificamente ao Brasil, destaco os artigos da socióloga Alfonsina Faya Robles (2015a, 2015b) provenientes de sua pesquisa de pós-doutorado no Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ). Robles investigou questões relativas às trajetórias sexual e reprodutiva e as experiências de gravidez de mulheres jovens ("mães adolescentes") de camadas populares, usuárias dos serviços de saúde pública nas cidades do Rio de Janeiro e Recife.

Diante dessa bibliografia, apresento por ora quatro trabalhos que oferecem, a partir de diferentes chaves analíticas, algumas perspectivas dessa articulação entre risco, gravidez e nascimento: o livro de Lorna Weir (2006), sobre a emergência do conceito de "perinatalidade"; o livro de Ilana Löwy (2018), sobre as consequências materiais e socioculturais da introdução dos testes diagnósticos pré-natais; o artigo de Alfonsina Faya Robles (2015a), que analisa a categoria risco na gestão das gravidezes no Brasil e suas modalidades de regulação cada vez mais individualizantes e sanitarizadas; e o artigo de Rachelle Joy Chadwick e Don Foster (2014), sobre a relação entre construções de risco e diferentes concepções de corpos ("*birthing embodiment*").

1.4.1 Biopolítica da maternidade e o limiar do sujeito vivo

No livro *Pregnancy, Risk and Biopolitics: on the threshold of the living subject*, a socióloga canadense Lorna Weir traça uma genealogia da emergência no século XX do conceito médico de "perinatalidade" e da formulação de um novo tipo de mortalidade, a "mortalidade perinatal". Apoiada na perspectiva foucaultiana de governamentalidade, a autora busca contribuir para uma nova leitura feminista sobre o governo da gravidez e da reprodução humana, dedicando-se ao estudo de uma das facetas da biopolítica da modernidade: as concepções e técnicas de cuidado que atravessam o sujeito no limiar de sua entrada na população.

De acordo com Weir (2006), essa investigação aconteceu no contexto de preocupações feministas com o "feto público" (DUDEN, 1993) na política de gênero contemporânea, especificamente as narrativas de conflito materno-fetal que posiciona grávidas e fetos como sujeitos iguais em termos de direitos, mas com interesses aparentemente contraditórios, como também foi discutido por Markens, Browner e Press (1997).

A preocupação central do livro de Weir é o "limiar do sujeito vivo". Este limiar, segundo a autora, constitui uma zona de transição entre o "dentro" e o "fora" da substância corporal humana, um intervalo no qual o sujeito entra na vida social, política e jurídica. E o limite de entrada – entrada através da qual o "não nascido"/feto deve passar para ser considerado "humano" (e distinto daquele que o carrega) – ocorre dentro/através de outro corpo: do corpo grávido.

De acordo com Weir, na Europa Ocidental e na América do Norte, até o início do século XX, o limiar do sujeito vivo havia sido definido/estabilizado como sendo o final do processo de nascimento. Apesar das ambiguidades intrínsecas ao limiar de nascimento, ele tinha um fim claro: o nascimento de um bebê vivo marcava o momento em que este passava a ser reconhecido simultaneamente como pessoa e indivíduo[9]. Ou seja, o sujeito vivo só se distinguia definitivamente daquele que o carregava no final do processo de nascimento (com a separação da mãe e do filho).

Durante a primeira metade do século XX, com o impacto das intervenções para reduzir a mortalidade infantil, o limiar de nascimento começa a ser questionado e a se tornar instável.

---

[9] Segundo Löwy (2018), muitas sociedades não reconhecem embriões, fetos, bebês e/ou crianças pequenas como pessoas ou indivíduos até que essas designações lhes sejam concedidas pelo grupo social através de ritos adicionais.

A preocupação médica com a otimização da saúde no primeiro ano de vida das crianças levou à criação de um novo limiar, o “limiar perinatal”. Segundo a autora, o início do limiar perinatal ocorreu na medicina europeia e norte-americana durante o período de 1920-1950. A partir de análises que mostravam que as causas das mortes antes, durante e logo após o nascimento eram parecidas, e que os corpos dos fetos no final da gravidez e dos recém-nascidos também eram fundamentalmente semelhantes, os médicos propuseram uma nova medida (e alvo de intervenção) para evitar a “mortalidade perinatal”, ou seja, a mortalidade em torno do nascimento. Com isso, os limiares perinatal e de nascimento (que ainda hoje coexistem) entraram em conflito e passaram a ser atravessados por diferentes regimes de governança dos corpos durante a gravidez e o nascimento.

De acordo com Weir, se por um lado o limiar perinatal poderia ter amenizado em alguma medida o significado do nascimento, por outro, consolidou o período que se estende desde a gestação até o pós-nascimento como um intervalo contínuo, baseado em aspectos comuns da substância corpórea do feto/bebê.

Nesse sentido, o conceito “perinatal” teria introduzido uma noção de continuidade de tempo e de substância corpórea do sujeito vivo antes, durante e depois do seu nascimento. Ao fazê-lo, esse conceito consolida de forma antecipada a existência de um sujeito vivo antes mesmo do nascimento e passa a fornecer, portanto, uma justificativa para o seu cuidado: a conservação da vida fetal visa otimizar a saúde infantil (WEIR, 2006). É importante destacar também o papel que as tecnologias de imagem médica tiveram nesta construção: elas se consolidaram no mesmo movimento que borra as fronteiras entre o “dentro” e o “fora” (CHAZAN, 2007). Com o limiar perinatal, a fronteira entre o interior e o exterior (entre o “não-nascido” e a “mãe”) foi abalada e as formas de conhecimento e de intervenção que atuam sobre eles foram afetadas (WEIR, 2006).

Ainda segundo Lorna Weir, o limiar perinatal consolidou-se na atenção à saúde por meio de “técnicas de risco”. As técnicas de risco foram associadas à gravidez e ao nascimento durante a década de 1950 com a intenção de reduzir a mortalidade perinatal. Tais técnicas incluíam um sistema de cuidados pré-natais baseado no risco destinado a promover a segurança do feto. Neste livro, Weir nos mostra como o pré-natal baseado em risco foi oferecido como uma solução para o problema da mortalidade perinatal, ao agir sobre o período anterior ao nascimento. A partir de uma orientação preventiva e calculista do risco epidemiológico, a avaliação de riscos durante a gravidez foi padronizada, passou a ser rotina na prática clínica e impregnou os cuidados com as gravidezes nas décadas subsequentes. A

autora ressalta que o pré-natal baseado em risco também foi (e continua sendo) criticado por aumentar as taxas de intervenção que podem causar efeitos iatrogênicos.

Para Weir (2006), o limiar perinatal marcou uma ruptura histórica baseada em uma inovação conceitual: a constituição de um intervalo temporal que engloba o feto e o bebê recém-nascido em uma substância corpórea comum. Essa ruptura com o limiar do nascimento, segundo a autora, não teria sido centrada primariamente na imagem visual do feto (o "feto público"), por mais significativa que esta tenha sido (como apontado anteriormente), mas sim em uma ruptura epistemológica que servia a um fim governamental. Quando o conceito de perinatalidade se uniu às novas tecnologias reprodutivas e ao gerenciamento de riscos, o governo das populações transcende o nascimento e passa a incluir o "nascituro"[10]. Com isso, segundo a autora, a gravidez teria se transformado em um período para otimizar a saúde das populações antes mesmo do nascimento.

1.4.2 O emaranhado de tecnologias pré-natais

Em seu novo livro *Tangled Diagnoses: Prenatal Testing, Women, and Risk*, Ilana Löwy (2018) analisa as consequências materiais, sociais e culturais da introdução de uma importante inovação do campo biomédico: os testes diagnósticos pré-natais. Longe de ser uma tecnologia monolítica responsável por detectar fetos "defeituosos", Löwy encara esses testes como um "dispositivo tecnológico generificado", isto é, como um conjunto de técnicas e abordagens de monitoramento e gerenciamento de riscos, que possibilitam o escrutínio de fetos e que atendem a perspectivas culturais e sociais acerca do gênero. Para a autora, esse dispositivo é moldado por e inseparável de concepções sobre o papel das mulheres nas sociedades ocidentais e dos princípios que constituem a ideia de uma "boa mãe": aquelas "naturalmente" destinadas à maternidade e ao cuidado.

---

[10] É importante ressaltar que essa noção de "nascituro" pode ser extremamente problemática, em especial em países nos quais a interrupção voluntária da gravidez não é amplamente assegurada por lei. Por exemplo, no Brasil, há um projeto de lei em discussão no Congresso Federal, apelidado de "estatuto do nascituro", que pode impactar negativamente no direito ao aborto no país nos casos em que o procedimento é atualmente permitido por lei (anencefalia fetal, estupro e/ou risco de morte para a gestante). O Projeto de Lei nº478/2007 busca construir a figura do "nascituro" como sujeito suscetível de proteção jurídica, considerando que sua "natureza humana" deveria ser reconhecida desde a concepção. Tal construção apoia-se tanto no uso de uma linguagem científica que se pretende objetiva (MORÁN FAÚNDES, 2014), quanto em discursos religiosos conservadores que são contra o aborto em qualquer situação (ROSADO-NUNES, 2012; FAÚNDES; DEFAGO, 2013)

Analisando a questão a partir de uma perspectiva histórica e social, Löwy descreve que, na passagem do século XIX para o século XX, a medicina, buscando promover o nascimento de crianças saudáveis, amplifica a vigilância dos corpos das mulheres grávidas, sob a forma de "cuidados pré-natais", por meio da realização de exames (para supervisionar a pressão arterial e o peso, por exemplo), da prevenção e tratamento de infecções e de aconselhamentos sobre dietas e estilos de vida adequados. Amparada na racionalidade científica e "iluminada" da Nova Saúde Pública (CASTIEL; DARDET, 2007), tal vigilância se intensifica em meados do século XX ao ponto de se tornar tendência dominante na obstetrícia contemporânea. As práticas e os discursos sobre os "cuidados" com mulheres e bebês, conforme apontam Castiel e Dardet (2007), não se referem somente à dimensão da saúde destes, mas revelam as contingências históricas, políticas e sociais onde são gerados, assim como construções normativas visivelmente marcadas por crenças, valores e interesses específicos – a figura da mãe, nesta passagem, é representada como a "guardiã da moral", sendo considerada a principal responsável pela saúde e bem-estar das crianças no contexto da unidade familiar (LUPTON, 1995).

Até a década de 1960, os médicos e parteiras possuíam um acesso limitado ao feto por meio da palpação e ausculta dos batimentos cardíacos e, eventualmente, através de radiografias que permitiam apenas a visualização de certas malformações em seu esqueleto. Segundo Löwy, o estímulo inicial para o desenvolvimento do testes pré-natais foi o de ajudar as pessoas cujas famílias possuíam uma condição hereditária conhecida a ter filhos "saudáveis" – os promotores do testes pré-natais argumentavam estarem respondendo às demandas das pacientes. No entanto, seu uso foi ampliado de tal forma, que os testes passaram a ser destinados à maioria das grávidas, independente de seus históricos familiares. Essa disseminação, de acordo com a autora, foi apresentada como uma medida de saúde pública e, ao mesmo tempo, como uma "expansão das escolhas individuais". Mas ela ressalta que essa generalização, além de representar uma solução privada para um problema de saúde pública, aponta para uma mudança crucial: o diagnóstico pré-natal passou de uma ferramenta de identificação de condições bem definidas (geralmente hereditárias) para um dispositivo de detecção de riscos. Ademais, a rápida difusão do uso deste dispositivo estava especialmente relacionada ao desejo e à pressão de ginecologistas e obstetras para abrir novos domínios de intervenção profissional.

Para Löwy, a articulação entre a tecnologia do ultrassom e novas abordagens diagnósticas de monitoramento pré-natal produziu uma entidade tecnocientífica dotada de propriedades inteiramente novas: "o feto escrutinado" ("*the scrutinized fetus*"). De acordo

com a autora, o feto – ou pelo menos o feto público – é uma invenção recente e, em grande medida, uma consequência dos desenvolvimentos científicos e inovações biomédicas (como exames diagnósticos e triagem pré-natal, tecnologias de fertilização in vitro e manipulação de embriões humanos, pesquisas com células-tronco e cirurgia fetal).

No ocidente, o feto é geralmente considerado uma entidade biológica estável. Isso, segundo a autora, pode refletir em uma construção e identificação do feto como um bebê, especialmente nas informações médicas e materiais educativos que trazem conselhos e induzem as grávidas a evitar comportamentos que prejudicam "seu bebê". As tecnologias biomédicas também podem contribuir para a estabilização do feto como bebê. Em seu trabalho sobre o ultrassom obstétrico no Brasil, Lilian Chazan (2007) já apontava para a centralidade desta tecnologia – transformada em objeto de desejo e consumo – na visualização e escrutínio do feto durante a gestação. Neste trabalho, a autora nos mostra como esse aparato tecnológico tem o potencial de produzir o "bebê" na barriga da mãe – uma "pessoa" dotada de sentimentos e intenções com a qual os genitores se relacionam antes mesmo de seu nascimento (CHAZAN, 2007). No entanto, Löwy aponta que essas tecnologias também podem contribuir para a desestabilização do feto como bebê: se uma malformação fetal for encontrada, esse "bebê" desejado, já aceito pela família, poderia se transformar em uma entidade com um *status* incerto, especialmente nos países onde a interrupção voluntária da gestação é permitida legalmente, como na França e no Canadá.

Atualmente, o dispositivo do testes pré-natais engloba tanto um conjunto de testes universalmente aceitos destinados a monitorar a saúde da mãe e do feto, como as análises sanguíneas e os exames de ultrassom, quanto testes mais controversos, como os exames genéticos que buscam revelar as possibilidades de o feto vir a ter alguma anomalia. Löwy observa que, embora os testes pré-natais permitam a detecção de muitas malformações fetais, geralmente, não é possível ter certeza se a anomalia encontrada é isolada ou se faz parte de alguma síndrome, ou ainda qual será seu impacto na vida da futura criança. Um resultado "positivo" nos testes pré-natais, geralmente, é uma notificação de um risco: uma possibilidade do melhor ou do pior cenário, e todas as opções intermediárias, Löwy argumenta.

Considerando que nem tudo é inato e nem tudo pode ser testado, diante de um resultado "suspeito" impõe-se para as mulheres um "balanceamento dos riscos" " (NUCCI; SILVA; NAKANO, 2018). Esse "balanceamento dos riscos" está relacionado a, pelo menos, três componentes: riscos para a saúde e bem-estar da mulher, da criança e da família; riscos enfrentados por profissionais de saúde, que poderiam ser processados por diagnósticos errados, por exemplo; e riscos a serem equilibrados pela sociedade, com dimensões

econômicas e sociais, especialmente em tempos de pressões para "normalizar" seres humanos. Isto, com frequência, aumenta o estresse e ansiedade durante a gravidez – consequência pouco discutida do aumento dos TESTES PRÉ-NATAIS, conforme também observaram Corrêa e Guilam (2006). De todo modo, em países industrializados, quase todas as grávidas passam por alguma forma de escrutínio do feto e monitoramento de riscos. Isto não é um ato sem consequências para o modo como a gravidez é percebida e vivenciada pelas mulheres, podendo levar, implicitamente, à noção de que todo feto é malformado até que se prove o contrário, e de que cada mulher grávida é uma gestora racional de riscos.

Para Löwy, os TESTES PRÉ-NATAIS produziram novos conhecimentos, novas áreas de intervenção médica e novas formas de prevenir consequências indesejáveis (desfechos considerados negativos pelos futuros pais), mas eles produziram, sobretudo, novos dilemas e, em alguns casos, estresse e culpa materna.

1.4.3 Deslizamento das noções de risco: entre a regulação medicalizada e a regulação sanitarizada da gravidez

Segundo Alfonsina Faya Robles (2015a), a categoria "risco" tem se expandido como uma importante categoria operatória acerca da gestão da vida e da saúde. Com o objetivo de atingir metas de saúde (por exemplo, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável), a gestão das gravidezes e dos nascimentos passa a ser organizada a partir da categoria epidemiológica de risco; esta, atua em dois níveis: no macro, com a vigilância epidemiológica da população, e no nível micro, com a regulação e prescrição dos comportamentos. O atendimento pré-natal, conforme a autora nos mostra, é um elemento fundamental do "dispositivo de regulação" dos sistemas de saúde na conformação das experiências de mulheres grávidas. Para Robles (2015a), no Brasil, o Estado encontra nas mulheres, especialmente nas de camadas populares, o "alvo" e as "aliadas" para alcançar tais metas sanitárias.

Paralelamente a essas práticas "medicalizantes" e "medicalizadas", desenvolveu-se nos últimos anos uma série de políticas de saúde que vão no sentido de uma "humanização" das práticas e, aparentemente, de uma "desmedicalização" da gravidez e do nascimento. Contudo, para Robles (2015a), a política de humanização faz parte de um amplo processo de

“sanitarização”, que é mais sutil e silencioso do que a “medicalização”, porém tão eficaz quanto.[11] Ao mobilizar discursos sobre o bem-estar gravídico, a singularidade de cada gestação e considerações sobre as dimensões emocionais e psíquicas na gravidez, esse processo introduz novas técnicas de regulação que suavizam os efeitos da despersonalização e padronização produzidos pela medicalização.

Robles (2015a) realizou uma análise da regulação das gravidezes de mulheres jovens de camadas populares de Recife, usuárias dos serviços de saúde pública, e observou que nesses espaços os significados do risco possuem conotações/definições mais sanitarizadas que medicalizadas. Conforme a autora argumenta, os atendimentos pré-natais têm se convertido em um dispositivo de regulação não só dos comportamentos e práticas corporais ligadas ao “cuidado de si” e do “outro a vir”, mas também das relações de parentalidade. De acordo com sua análise, a categoria risco opera atualmente na gestão das gravidezes a partir de algumas técnicas de regulação, como a “assignação à maternidade”[12] e a construção de um “projeto de criança” que, ao mesmo tempo em que é apresentado como uma “realização” e não como um “dever”, responsabiliza individualmente as mulheres ao levá-las a “assumir a gravidez” e os riscos decorrentes dessa gravidez.

Robles chama a atenção para as dificuldades de se avaliar o risco, especialmente quando esta noção não parte de uma situação observável, mas sim de uma possível “relação causal” (que pode ser estabelecida com base em preconceitos, valores e crenças). A partir de suas observações empíricas, a autora verifica que, na prática, os profissionais de saúde são guiados por seus próprios valores sobre a maneira como a gravidez deve ser vivenciada. Por exemplo, para a classificação dos níveis de risco, o Ministério da Saúde brasileiro disponibilizou uma lista de “fatores de risco” agrupados em quatro categorias: (i) “características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis” (que compreende aspectos associados à idade, altura, peso, tipo de ocupação, situação familiar e conjugal, nível de escolaridade, entre outros); (ii) “história reprodutiva anterior”; (iii) “condições clínicas preexistentes”; e (iv) “complicações obstétricas que aparecem no decorrer da gravidez” (ROBLES, 2015a). No entanto, os protocolos não fazem referência à quantidade necessária de

---

[11] Esse processo, segundo a autora, seria equivalente ao processo “healthization” discutido por Conrad (2007), referindo-se à onipresença e supremacia da “saúde” no seu sentido mais amplo e positivado.

[12] Segundo Robles, a “assignação à maternidade” seria o “processo corporal e enunciativo pelo qual há ‘convite’ para ocupar uma determinada função e posição” (2015a, p. 167) – no caso, a posição de “mãe”. Essa assignação, de acordo com a autora, pode ocorrer de maneiras distintas a depender do contexto social (em qual segmento da sociedade a pessoa está inserida).

cada um desses fatores para que a gravidez seja considerada de alto risco, nem fornecem indicações para saber se cada um deles tem a mesma ponderação para a classificação dos casos. Seria, então, "[nessa] lacuna nas próprias definições institucionais e nas dificuldades da avaliação na prática, que outros tipos de classificações e de visões do risco gravídico se conformam" (ROBLES, 2015a, p. 149).

Conforme a autora observa, alguns aspectos são especialmente problemáticos, sobretudo aqueles do primeiro grupo. As mulheres analisadas em sua pesquisa poderiam formar, em si mesmo, um "grupo de risco": engravidaram na adolescência, são de baixa renda, vivem em "ambientes difíceis" e em configurações familiares "inseguras" e podem não ter planejado a gravidez, por exemplo. Isso evidencia, segundo Robles, os contornos de uma comunidade moral acerca das mães que seguem "outros" padrões reprodutivos, que as classificam como possíveis "mães de risco".

A classificação de risco das gravidezes a partir de condições sociodemográficas e "características individuais" das grávidas pode levar a intervenções sanitarizadas, cujo objetivo passa ser a regulação tanto do corpo quanto da relação de parentalidade. A autora fala de existência de um "risco relacional" entre mãe e feto que deve ser detectado o quanto antes no pré-natal, tendo se tornado uma esfera particularmente importante de ação e intervenção (sobretudo, diante da proibição do aborto no Brasil). Esse "fator de risco" aparece nas representações dos profissionais e em instrumentos como o cartão da gestante a partir da avaliação dos comportamentos das mulheres de acordo com definições morais, e não parâmetros biomédicos. Nesse sentido, a classificação de risco vai além da gravidez, podendo se estender à maternidade: do ponto de vista relacional, uma "gravidez de risco" pode ser considerada uma "maternidade de risco" se a mulher for considerada incapaz de cumprir seu papel como "mãe".

Contudo, Robles (2015a) relativiza a força disciplinadora da categoria risco para mostrar como ela é subjetivada pelas mulheres das camadas populares. Segundo a autora, essa assunção ao risco institucional não é imperativa nem completamente disciplinar, ela se constrói em um espaço que deixa margens para o "modo condicional" da experiência. Para algumas mulheres que aderem à assignação de risco, essa aceitação não significa submissão, mas uma modulação da própria experiência a partir da rotulação institucional. Isto é, as mulheres mobilizam o registro do risco para pedir mais cuidados, mais exames e mais tecnologia médica. Conforme a autora observa, o risco pode se tornar útil em certas situações, como, por exemplo, permitir às mulheres um conhecimento mais depurado dos diversos serviços (sobretudo para encontrar uma vaga em uma maternidade) e ter acesso a serviços que

lhe seriam negados em outras situações (como a realização de cesarianas, que são limitadas pelas normativas do programa de humanização).

1.4.4 Risco e construções de corpo e da pessoa: *birthing embodiment*

Rachelle Joy Chadwick e Don Foster (2014) exploram as construções e negociações de risco em relação à escolha da via e local de nascimento para mulheres sul-africanas de camadas médias, que poderiam pagar por uma maternidade privada e estavam planejando "outros modos de nascimento", isto é, escolheram formas pouco convencionais naquele país para terem seus filhos: parto domiciliar ou cesariana eletiva. Segundos os autores, no contexto sul-africano, o parto domiciliar e a cesárea eletiva escolhas atípicas de nascimento, sendo o "parto medicalizado" o modelo dominante de assistência, com 93,5% das mulheres dando à luz em hospitais ou em unidades obstétricas. Neste artigo, os autores mostram que as construções de risco das mulheres estavam relacionadas a três concepções diferentes de "*birthing embodiment*": corpos tecnocráticos, corpos vulneráveis e corpos conscientes (CHADWICK; FOSTER, 2014).

Corpos tecnocráticos e formas biomédicas de conhecimento: Segundo Chadwick e Foster (2014), todas as mulheres do estudo (independente da escolha da via de nascimento) construíram os riscos biomédicos como relevantes em relação ao nascimento: o risco obstétrico, sob a forma de anormalidades, complicações e possível morte, particularmente da criança, estava sempre presente no discurso das mulheres. No entanto, os autores apresentam algumas diferenças em relação às práticas e posicionamento diante das formas biomédicas de conhecimento (CHADWICK; FOSTER, 2014).

As mulheres que escolheram cesarianas eletivas foram acompanhadas por obstetras e fizeram um ultrassom em cada visita ao seu médico (algumas tiveram um acompanhamento extra em um "centro de avaliação fetal" ou fizeram testes de amniocentese). Essas mulheres se posicionavam dentro das formas biomédicas de conhecimento sobre o parto, estavam comprometidas com o paradigma positivista da ciência, e a tecnologia era considerada como um caminho fundamental para superar os riscos de complicações obstétricas. Para elas, a escolha pela cesariana foi construída como uma forma de gerenciamento de risco: a cesariana era uma via de nascimento moderna, civilizada e tecnologicamente avançada e uma maneira "mais segura" do que o parto para lidar com as incertezas e garantir um resultado positivo, ou

pelo menos “menos arriscada” que o “parto medicalizado” em maternidades privadas na África do Sul. O nascimento por via cirúrgica foi interpretado como a expressão máxima do conhecimento técnico-científico com capacidade de vencer o risco e a imprevisibilidade no nascimento. Em consonância com um modelo técnico-científico de risco, os riscos obstétricos foram considerados gerenciáveis com conhecimento especializado, monitoramento e intervenção tecnológica: a tecnociência poderia prever e, assim, ajudar a controlar os riscos de complicações, anormalidades e doenças. A tecnologia médica era vista como principal meio de gerenciar ou solucionar riscos e nunca como um possível fator complicador. Para essas mulheres, o cuidado da gravidez e do parto por parteiras (*midwives*) era considerado inerentemente perigoso, devido aos baixos níveis de monitoramento tecnocrático, e o parto foi construído como um evento arriscado e perigoso, além de “antiquado” e “desatualizado”. Os riscos e perigos seriam inerentes ao próprio corpo feminino e ao processo “natural” de nascimento. O “produto final” do nascimento, ou seja, o bebê, era considerado mais importante do que o processo de nascimento (que era visto apenas como um meio para um fim). O processo ou a experiência do parto tinham pouco mérito ou valor intrínseco (CHADWICK; FOSTER, 2014).

Já para as mulheres que escolheram dar à luz em casa, a maioria não se opunha à tecnologia em si, mas a intervenções desnecessárias. Elas se engajaram no mínimo de monitoramento tecnocrático, como ultrassonografia, e nenhuma fez testes mais invasivos, como a amniocentese. Essas mulheres também mencionaram algum risco acerca da sua decisão e utilizavam estrategicamente a tecnologia médica para identificar e administrar medos e incertezas (por exemplo, ser de “alto risco” por causa da idade). Algumas mulheres se opunham a todas as formas de tecnologia, incluindo ultrassons, baseadas na ideia de que os possíveis perigos de tais procedimentos não eram totalmente conhecidos; outras também questionavam a validade do conhecimento criado pela tecnologia médica (não confiavam nos resultados e sentiam que eles criavam problemas desnecessários) (CHADWICK; FOSTER, 2014).

Corpos vulneráveis e os riscos do parto “natural” e do parto “medicalizado”: De acordo com os autores, além do risco obstétrico, havia outra categoria de risco evidente nas falas sobre a escolha da via de nascimento: o risco em torno do *status* do corpo e do tratamento dado ao corpo no momento do parto. As mulheres, neste estudo, reconheciam as ameaças e vulnerabilidades inerentes ao “*birthing embodiment*”, incluindo a perda de controle corporal e maus-tratos. Todas estavam preocupadas com as vulnerabilidades do corpo

parturiente e com a preservação de sua integridade corporal, dignidade e o direito à privacidade durante o nascimento de seus filhos (CHADWICK; FOSTER, 2014).

Segundo Chadwick e Foster (2014), as mulheres que escolheram as cesarianas viam a experiência corporal no parto como ameaçadora, indigna, obscena e horripilante *per se*. As ameaças estavam na perda do controle corporal, nos fluidos corporais (sangue, suor, urina, fezes, líquido amniótico) e na fragmentação de corpos (laceração, estiramento); havia também o medo de ser reduzido a uma forma de "animalidade primitiva" durante o parto (um risco fundamental em relação ao parto). Nesse sentido, para as mulheres que internalizaram os valores da sociedade tecnocrática e o ideal do *self* corporal autônomo, auto-regulado, controlado e "civilizado", a cesárea era uma maneira de escapar da personificação incontrolável, vulnerável e ameaçadora do parto (CHADWICK; FOSTER, 2014).

Por outro lado, as mulheres que planejavam partos domiciliares viam que as ameaças estavam no modelo de assistência do parto hospitalar/medicalizado. Para elas, parir no hospital foi associado a riscos de sofrer intervenções desnecessárias e de perder o controle sobre as tomadas de decisões. Assim, o parto em casa seria uma forma de evitar o tratamento objetificador e potencialmente indigno do corpo parturiente (vulnerável) em um contexto hospitalar (CHADWICK; FOSTER, 2014).

Corpos conscientes e a "natureza" do parto: Conforme os autores apontam, enquanto as mulheres que escolheram as cesarianas aceitavam inequivocamente as definições biomédicas e seus riscos, as mulheres que optaram por ter partos domiciliares variavam entre aceitação e resistência. Uma forma de resistência foi através da construção do corpo parturiente como um corpo consciente, e não como um objeto da tecnologia médica ou como uma "materialidade incontrolável". Essa abordagem alternativa de parto que enfatiza o corpo capaz de parir e que coloca a mulher no centro do processo de nascimento, segundo os autores, contrasta com o modelo tecnocrático no qual a mulher e seu corpo aparecem predominantemente como fonte de potenciais riscos/perigos, como objetos de conhecimento especializado e como receptores passivos de tecnologias para reduzir o risco. Essa abordagem alternativa faz referência a formas privilegiadas de conhecimento produzidas pelo corpo durante o parto, um "conhecimento corporal", e à intuição, à "natureza", ao "instinto" e ao mundo espiritual como fontes de conhecimento alternativo – um conhecimento retratado como uma jornada ou processo contínuo e fluido, situado dentro do corpo grávido/parturiente, e realizado através da conexão com os outros (CHADWICK; FOSTER, 2014).

Para Chadwick e Foster (2014), essa forma de resistência desestabiliza as conceituações biomédicas acerca do corpo como fonte de risco e de disfunção potencial. No

entanto, os autores apontam que não havia uma forma pura de resistência às definições biomédicas de risco. Essa construção alternativa de "corpo consciente" coexistiu com seu compromisso com o discurso de risco biomédico. Dar à luz em casa incluía tecnologias e vigilância médica (exames de toque, exames de pressão arterial, uso gás para alívio da dor, equipamento para injeção, reanimação e sutura) nas casas das mulheres. Além disso, as mulheres que deram à luz em casa estavam sintonizadas com questões de risco obstétrico e sempre qualificaram sua escolha de ter um parto em casa em relação às noções de risco e segurança em termos biomédicos (CHADWICK; FOSTER, 2014).

Em suma, este estudo sugere que os modelos biomédicos de risco em relação ao nascimento eram importantes para as mulheres das camadas médias na África do Sul, estando presente no discurso de todas as participantes da pesquisa. O conhecimento especializado e as definições biomédicas de risco serviram como arcabouços interpretativos abrangentes nos quais as mulheres negociavam as incertezas do nascimento. As mulheres que escolheram as cesarianas escaparam da experiência corporal do parto e de suas ameaças à integridade corporal através do parto cirúrgico; elas estavam mais comprometidas com construções biomédicas de risco e um modelo tecnocrático de nascimento, e construíram essa escolha em termos de gerenciamento de risco. As mulheres que escolheram dar à luz em casa tinham posições conflitantes sobre o discurso do risco biomédico, oscilando entre a adesão e a resistência. Elas estavam comprometidas com a construção de uma alternativa que enfatizava o corpo parturiente como relacional, consciente e capaz, para além das definições biomédicas de risco. Elas resistiam à definição de corpos parturientes como inerentemente ameaçadores e, em vez disso, construíram um "*birthing embodiment*" em situação de risco apenas em ambientes hospitalares medicalizados (CHADWICK; FOSTER, 2014).

O estudo de Chadwick e Foster (2014) revela que as mulheres são duplamente "arriscadas" em relação ao nascimento: são classificadas pelo discurso biomédico como corpos "de risco" para complicações, anormalidades e morte, e são posicionadas como corpos "em risco", vulneráveis à exposição, perda de dignidade e objetificação, particularmente em ambientes hospitalares. Os autores verificaram que as escolhas das mulheres funcionam como estratégias destinadas a minimizar as vulnerabilidades e riscos do "*birthing embodiment*". Os sentidos atribuídos ao risco em relação ao nascimento emergiram, portanto, como múltiplos e não se limitaram aos significados biomédicos; estes foram (em parte) desafiados por mulheres que vivenciaram um parto domiciliar, a partir da construção de uma abordagem alternativa de parto e nascimento baseada em formas relacionais e encarnadas (*embodied*) de conhecimento.

2 UM ESTUDO ETNOGRÁFICO MULTI-SITUADO

O objetivo principal deste estudo é analisar a articulação entre discursos de risco e a construção de práticas, experiências e subjetividades relacionadas às gravidezes e aos nascimentos na contemporaneidade, especialmente em dois países do continente americano, Brasil e Canadá. Com isso, pretende-se responder às seguintes questões: (i) Quais são as noções de risco relacionadas às gravidezes e aos nascimentos que estão presentes tanto nas políticas globais para a "saúde materna" quanto em debates locais no Brasil e no Canadá? (ii) Quais são as noções de risco presentes nas experiências de gravidez e parto de mulheres brasileiras no Canadá? (iii) Como esses discursos influenciam as práticas e a construção de subjetividades acerca das maternidades contemporâneas?

Com esse estudo, procuro examinar as variações discursivas sobre os potenciais perigos para a gravidez e o nascimento que aparecem nos debates que influenciam a construção e promoção de políticas relacionadas à reprodução. Além disso, busco explorar como as usuárias dessas políticas e sistemas de saúde percebem, lidam e negociam riscos durante suas experiências de gravidez, até a definição de como vão parir seus filhos.

Para examinar a circulação de significados culturais sobre os perigos associados ao gestar e parir, e compreender como esses discursos de risco se articulam com práticas, experiências e modos de subjetivação, realizei um estudo etnográfico multi-situado (MARCUS, 1995; CLARKE, 2005). A etnografia multi-situada é uma variação/adaptação das tradicionais pesquisas etnográficas, na qual existe uma ampliação da noção de "campo" no trabalho investigativo (PRENTICE, 2012) de modo a incluir objetos cada vez mais complexos (MARCUS, 1995). Assim como outras modalidades etnográficas[13], os estudos multi-situados também têm o intuito de apresentar uma "descrição densa" de estruturas conceituais intrincadas que conformam as diferentes culturas (GEERTZ, 2008). Mais do que a aplicação de um conjunto diversificado de técnicas para a "coleta de dados qualitativos", é uma orientação teórico-metodológica que busca descrever e interpretar discursos e práticas de indivíduos ou coletividades, para compreender como essas dinâmicas sociais estabelecem "teias de significado" (GEERTZ, 2008).

[13] Aqui me refiro à "etnografia de documentos" (FERREIRA; LOWENKRON, 2020) e "etnografia virtual" (HINE, 2000; POLIVANOV, 2013) como exemplos de outras modalidades etnográficas que, assim como a etnografia multi-situada, apresentam questões teóricas e metodológicas específicas/particulares que as diferenciam entre si.

A emergência dos estudos etnográficos multi-situados está associada às transformações advindas com a "onda intelectual" das últimas décadas do século XX, rotulada como "pós-moderna" (MARCUS, 1995; CLARKE, 2005). Segundo Clarke (2005), a "virada pós-moderna" consiste em uma mudança de perspectiva na produção de conhecimento, ocorrida tanto no meio acadêmico como no mundo das artes, que reconfigurou as condições para o estudo das sociedades contemporâneas, ampliando, por exemplo, as dimensões da investigação etnográfica para abranger objetos complexos "desse 'sistema discursivo multicêntrico fraturado' de novos ordenamentos mundiais" (CLARKE, 2005, p.2, tradução nossa). Nas palavras da autora,

> Se o modernismo enfatizava universalidade, generalização, simplificação, permanência, estabilidade, totalidade, racionalidade, regularidade, homogeneidade e suficiência, então o pós-modernismo mudou a ênfase para parcialidades, posicionalidades, complicações, tenuidade [fragilidades], instabilidades, irregularidades, contradições, heterogeneidades, situacionalidade e complexidades da fragmentação (CLARKE, 2005, p. xxiv, tradução nossa).

Ainda segundo Clarke (2005), com a difusão das ideias pós-modernas e desenvolvimento do conceito de "perspectiva", emerge também o entendimento de que todo conhecimento é socialmente construído; isto é, de que os saberes são produzidos e consumidos por grupos particulares, cultural, histórica e geograficamente situados – "saberes localizados", nos termos de Donna Haraway (2009). Essa compreensão vem sendo amplamente utilizada nos estudos sociais sobre ciência e tecnologia, podendo também estar articulada às abordagens teóricas críticas feministas e decoloniais na investigação da produção e circulação de diferentes tipos de saberes. Estes trabalhos problematizam, por exemplo, o modo como os conhecimentos e discursos sobre pessoas, coisas e situações são produzidos, abrindo uma "caixa de Pandora" que revela, entre outras coisas, posições de poder, legitimidade e/ou autoridade na produção e circulação do conhecimento científico (CLARKE, 2005). Além dos estudos sociais sobre ciência e tecnologia, essa abordagem também vem sendo empregada em pesquisas sobre migrações e diásporas, que nos ajudam a repensar teoricamente a ideia de "espaço" na pesquisa etnográfica (MARCUS, 1995) para além de um mero lugar físico, mas como um "*continuum* entre os espaços de análise" (TOGNI, 2014).

De acordo com Marcus (1995), a etnografia multi-situada é uma abordagem útil para a investigação de objetos complexos, móveis e multi-localizados – como a categoria "risco" – e que, portanto, não poderiam ser bem compreendidos a partir de uma etnografia realizada em somente um local. Deste modo, a investigação acontece em múltiplos espaços de observação,

que podem incluir não só diferentes lugares físicos, mas também vários "artefatos de documentação" (FREIRE; PIRES, 2023)[14], que nos ajudam a "examinar a circulação de significados culturais, objetos e identidades em um espaço-tempo difuso" (MARCUS, 1995, p. 96).

Marcus (1995) descreve a etnografia multi-situada como uma abordagem "construtivista", que se mostra "contingente e maleável à medida em que a traçamos", ou seja, é um modo de investigação que é desenhado ao longo do próprio processo de pesquisa, quando o campo vai revelando "caminhos, fios e justaposições de locais" enquanto "seguimos" pessoas, coisas, histórias e discursos. Ainda segundo o autor, quando o objeto de investigação está no domínio do discurso e dos modos de pensamento, o desenho da pesquisa etnográfica pode ser orientado, por exemplo, a partir da circulação de signos, símbolos e metáforas – como apresentado, por exemplo, nos trabalhos de Emily Martin (1988, 1991, 2006) sobre os imaginários sociais relacionados à concepção, parto, menstruação e menopausa nos Estados Unidos. Assim, a etnografia multi-situada não seria uma fotografia acabada do fenômeno investigado, mas um exercício constante de "mapeamento do terreno" que ajuda a revelar as conexões entre discursos de um espaço para outro; um exercício de investigação que requer estratégias flexíveis, com práticas de trabalho de campo específicas para os diferentes espaços mapeados, não procedimentos pré-formulados.

Neste estudo, quando tomo como objeto de investigação discursos de risco sobre gravidez e nascimento – o que envolve não só o "conceito fundador de uma objetividade propriamente epidemiológica" (AYRES, 2008), mas sobretudo uma ideia de senso comum, uma noção amplamente difundida nas sociedades ocidentais contemporâneas, as chamadas "sociedades de risco" (BECK, 2008), caracterizadas pela preocupação cada vez maior com os perigos que elas mesmas produzem – tive que buscar um dispositivo teórico-metodológico que desse conta de abarcar tal complexidade. Como nos mostram Ginsburg e Rapp (1995), quando buscamos compreender as preocupações que rondam a reprodução, assim como a forma como as pessoas moldam suas próprias vidas reprodutivas (por mais limitadas que essas opções possam parecer), é importante considerar essas questões usando noções expandidas de espaço e tempo histórico, prestando atenção, por exemplo, nas mudanças e

[14] Segundo Freire e Pires (2023), "artefatos de documentação" dizem respeito a uma noção ampliada de fontes de investigação que podem incluir diferentes peças e materiais, como gravações em áudio e vídeo, publicações de jornais e em redes sociais, documentos oficiais, laudos médicos, registros de atendimento, entre outros; ou seja, "tudo aquilo que produz registros que classificam e/ou ordenam uma determinada pessoa, objeto, situação e/ou fenômeno" (FREIRE; PIRES, 2023, p. 111-112).

permanências nas “políticas da reprodução” e no modo como as tecnologias reprodutivas aparecem em diferentes momentos e lugares.

Assim, esta tese integra um programa de investigação mais amplo que teve início antes mesmo do doutorado e prosseguirá no pós-doutorado, no qual proponho mapear discursos de risco nos âmbitos *global*, *local* e *situado*. Neste trabalho, utilizo a perspectiva “local-global” dos estudos antropológicos sobre reprodução tal como apresentada por Ginsburg e Rapp (1995), na qual as autoras consideram que os processos “locais” não são definidos necessariamente a partir de uma fronteira geográfica, mas são antes de tudo entendidos como arenas de pequena escala onde os significados sociais acerca da reprodução são negociados (por exemplo, movimentos sociais e organizações de profissionais de saúde poderiam ser entendidos como arenas locais); já o “global” refere-se aos processos transnacionais por meio dos quais arenas específicas de conhecimento ultrapassam suas comunidades de criação e são impostas a ou abraçadas por pessoas além dessas comunidades. Ademais, considerando que os discursos tanto locais quanto globais “se realizam a partir de materialidades e práticas situadas” (SEGATA, 2020a), adiciono a categoria “situado” ao arranjo proposto por Ginsburg e Rapp (1995), a partir da qual podemos considerar as múltiplas experiências reprodutivas como eventos singulares, historicamente localizados, que são vividos por pessoas reais, que ocupam posições sociais particulares, nas quais gênero, raça, classe, idade, lugar de origem, entre outros marcadores sociais da diferença se intersectam, moldando as experiências cotidianas.

Existem alguns estudos etnográficos já publicados que abordam a articulação entre noções culturais locais de risco/perigo e discursos globais sobre “saúde materna” (ALLEN, 2002; BRUNSON, 2010, 2020; COSMINSKY, 2012, 2016; VAN DER SIJPT, 2013; CHAPMAN et al., 2022; entre outros). Para citar brevemente dois exemplos que serão melhor apresentados nos próximos capítulos, temos as pesquisas das antropólogas Denise R. Allen (2002) e Jan Brunson (2010, 2020).

No livro *Managing Motherhood, Managing Risk: Fertility and Danger in West Central Tanzania*, Allen apresenta uma etnografia sobre o processo de implementação da estratégia internacional *Safe Motherhood Initiative* nos âmbitos nacional e local de uma pequena comunidade rural da Tanzânia marcada pela diversidade cultural e por certa fluidez nas fronteiras étnicas e religiosas. A antropóloga estava interessada em compreender como os conceitos e pressupostos dessa iniciativa internacional para alcançar uma “maternidade segura” eram interpretados e vivenciados pelas mulheres em nível local. A partir da análise das normas culturais acerca dos comportamentos que seriam considerados adequados durante

a gravidez e o parto, assim como as diferentes definições do que seria uma "mãe de risco" e dos problemas para a saúde materna, Allen observou contrastes entre os discursos sobre os riscos nos âmbitos internacional, nacional e local. Segundo a autora, essas diferentes "linguagens de risco" envolvendo a gestão da maternidade são derivadas de "diferentes versões da realidade" – no caso, representadas pelo "sistema biomédico" e pela cultura local de uma comunidade rural marcada por fatores históricos, étnicos e identitários específicos – que produzem, por sua vez, perspectivas distintas sobre risco e maternidade. De acordo com Allen, havia dois sistemas diferentes de atenção à saúde na comunidade que ela investigou, o biomédico e o não biomédico, que abordavam e respondiam à duas perspectivas distintas sobre o risco materno: os "riscos da maternidade" (*risk of motherhood*) articulados na Iniciativa para Maternidade Segura, como o "risco de fertilidade excessiva", e os "riscos para a maternidade" (*risk to motherhood*) adotados pelas mulheres da comunidade, como o "risco da fertilidade malsucedida".

Brunson (2010, 2020), por sua vez, conduziu um estudo etnográfico no Nepal, no qual analisou os impactos dessas mesmas políticas globais, especialmente os programas de planejamento familiar e controle de natalidade, nas experiências reprodutivas de mulheres do Vale de Kathmandu. No livro *Planning Families in Nepal: Global and Local Projects of Reproduction*, a antropóloga apresenta os "projetos de reprodução" e de constituição de família de mulheres nepalesas. Brunson observou o modo como elas negociam as recomendações de ter apenas dois filhos em uma sociedade patriarcal de castas que valoriza filhos homens. A autora analisou como a complexa intersecção de gênero, classe e casta influencia e determina os valores e as práticas reprodutivas das mulheres no Nepal.

Para este estudo, dando continuidade aos trabalhos já produzidos nesse campo, busquei observar, no âmbito *global*, as políticas para a "saúde materna" lançadas pela Organização Mundial da Saúde desde estratégia internacional *Safe Motherhood Initiative* até as recomendações mais recentes lançadas no contexto da "Agenda 2030". Realizei o mapeamento das noções de risco nessas políticas, procurando identificar como essas ideias se articulam com práticas relacionadas à gravidez, ao nascimento e à maternidade. Nos âmbitos *local* e *situado*, observei as construções discursivas sobre riscos na gravidez e no nascimento em países "do sul" e "do norte" do continente americano, mais especificamente no Brasil e no Canadá, buscando mapear as ideias de perigo que rondam a maternidade na contemporaneidade nesses países e analisar como essas noções se articulam com práticas e modos de subjetivação acerca da gravidez e do nascimento nos debates locais na esfera pública e nas narrativas de experiências situadas de mulheres brasileiras. Contudo, como

poderia ser esperado em pesquisas multi-situadas, o projeto sofreu algumas alterações desde a construção inicial e a proposta complexificou-se ainda mais com o início da emergência sanitária internacional da COVID-19.

2.1 **Expectativa e realidade: do projeto de pesquisa à pesquisa em si**

A pandemia de COVID-19, declarada oficialmente pela Organização Mundial da Saúde em 11 de março de 2020,[15] instaurou um contexto extraordinário na vida de todos, reordenando relações, moralidades e práticas, evidenciando vulnerabilidades, injustiças e desigualdades sociais, enquanto produzia novas subjetividades e "políticas de coexistência" (SEGATA, 2020b). Como esperado em situações dessa magnitude, pesquisadores e os projetos de investigação em andamento naquela época foram em maior ou menor grau afetados – e com este estudo, obviamente, não foi diferente. Após o início da pandemia, o projeto *Recomendações da OMS e experiências cotidianas no Brasil e no Canadá: estudo multi-situado das noções de risco para a gestão das gravidezes e nascimentos*, apresentado à banca de qualificação em 14 de fevereiro de 2020, precisou ser repensado algumas vezes e em diferentes sentidos.

Um dos pontos de reconsideração está relacionado a uma ampliação e complexificação do objeto de estudo. O contexto pandêmico aumentou sobremaneira os discursos sobre riscos e vulnerabilidades associados à COVID-19, em especial para grávidas, puérperas, fetos e bebês. Assim, ao mesmo tempo em que se fazia necessário acompanhar a produção discursiva em torno do tema, dada a relevância para o projeto, havia também o desafio de ter que "pesquisar no olho do furacão", isto é, de investigar e escrever sobre um aspecto da pandemia durante a sua ocorrência enquanto (também) se é afetada por ela – uma experiência de pesquisa arriscada, que se mostrava tão instigante quanto assustadora, tendo em vista as inúmeras dores e incertezas que a nova doença colocava em cena.

---

[15] De acordo com Segata (2020a, 2020b), em 30 de janeiro de 2020, quando as primeiras notificações da doença (que até então era considerada um "surto" na China continental) começaram a aparecer no Japão, Tailândia, Coreia do Sul e Estados Unidos, o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunciou a "emergência de saúde pública de interesse internacional" (ESPII). A ESPII passou a ser caracterizada como uma "pandemia" somente em março, quando "geografia da contaminação se alargou" e a Europa e os Estados Unidos viraram os novos "epicentros da doença". Em 05 de maio de 2023, a OMS declarou oficialmente o fim da pandemia de COVID-19.

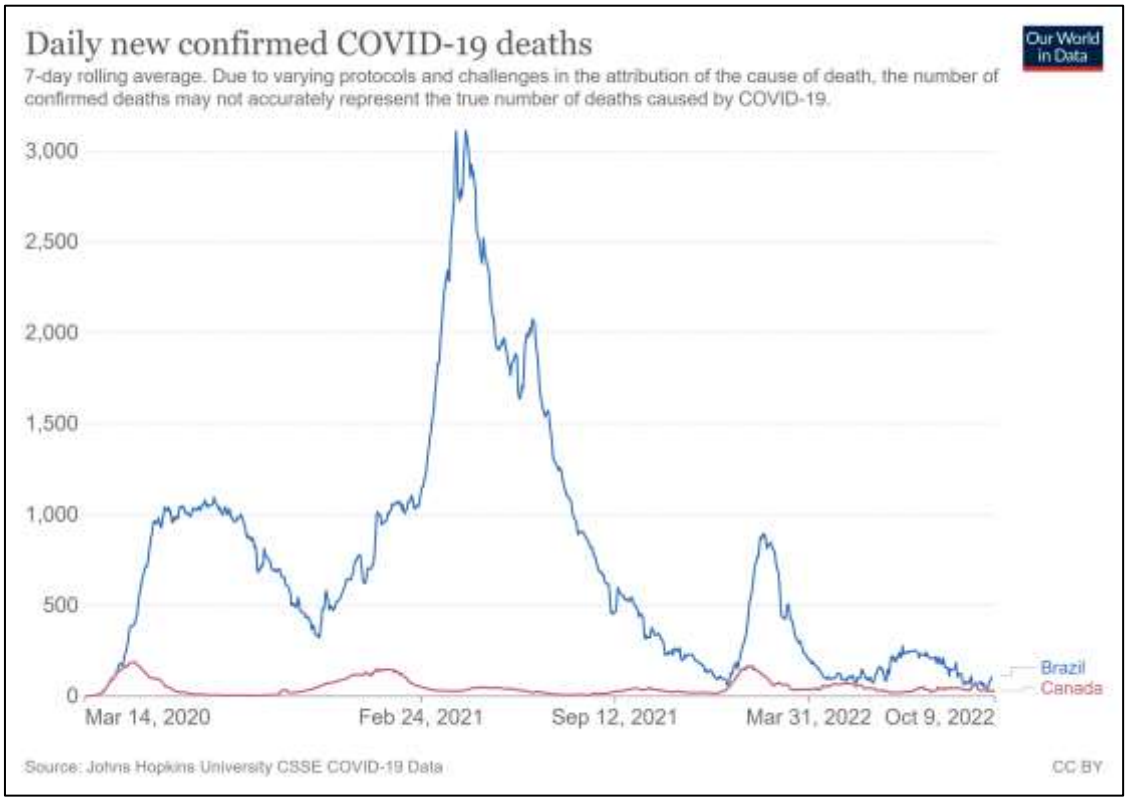
A outra questão estava relacionada ao modo como a pesquisa seria realizada, uma vez que o "trabalho de campo", tão fundamental no trabalho etnográfico, estava suspenso, e o prognóstico acerca do tempo de duração dessa situação era incerto. O rápido aumento no número de casos de COVID-19 em diversas partes do planeta implicou na adoção de diversas "tecnologias de preparação" (SEGATA, 2020) para tentar evitar o alastramento da doença. Nas palavras de Segata (2020, p. 295), as tecnologias de preparação "formam um emaranhado de elementos negociáveis que podem fundamentar tomadas de decisão mais ou menos precárias, empregadas para o governo da vida". No caso da pandemia de COVID-19, esse dispositivo fundamentou a implementação de ações individuais e coletivas, como o estabelecimento de medidas de "distanciamento" e "isolamento social", o uso de máscaras de proteção, a testagem em massa das populações, a decretação de "*lockdown*" nas cidades, com a suspensão de todas as atividades consideradas "não essenciais", além do fechamento das fronteiras entre os países – ações que buscavam conter a rápida propagação do vírus a partir da vigilância e controle de humanos e não humanos (o que inclui outros seres vivos, objetos e ambientes).

Importante relembrar que, globalmente, houve diferentes níveis de adesão e implementação de ações de contenção relativas à crise sanitária internacional. Por exemplo, no Canadá, o governo do Primeiro Ministro Justin Trudeau declarou "estado de emergência" e implementou uma série de medidas poucos dias após a declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS), como o banimento da entrada de não residentes no país e o pagamento de auxílio financeiro para todos os trabalhadores que foram afetados pela pandemia (CANADA, 2021). Já no Brasil, o então Presidente da República Jair Messias Bolsonaro, negando a gravidade da emergência sanitária, posicionou-se contra a adoção das medidas de contenção (THE LANCET, 2020). "Para evitar o caos", como afirmado pela Ministra Rosa Weber, o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou em abril de 2020 a "federalização" da competência na edição de normas relativas ao enfrentamento da COVID-19 no Brasil (FALCÃO; VIVAS, 2020). Isto é, a suprema corte brasileira teve que intervir para restabelecer a autonomia dos estados e municípios brasileiros nas decisões sobre as ações de contenção da pandemia, descentralizando esse poder do governo federal.[16]

[16] Para mais informações sobre as decisões do STF na disputa federativa pela gestão sanitária da COVID-19 ver Sales (2022).

Para ilustrar a evolução da pandemia nesses dois países, as figuras 1 e 2 a seguir, extraídas de Mathieu e colaboradores (2020),[17] apresentam a representação gráfica de como essas diferenças na gestão da crise sanitária geraram resultados distintos no número de casos[18] e de óbitos pela doença:

Figura 1: Representação gráfica do número de óbitos por COVID-19 no Brasil e no Canadá: números totais



Nota: Estimativa dos números totais de óbitos por COVID-19 no Brasil e no Canadá entre o período de março de 2020 a outubro de 2022.
Fonte: adaptada de MATHIEU et al., 2020.

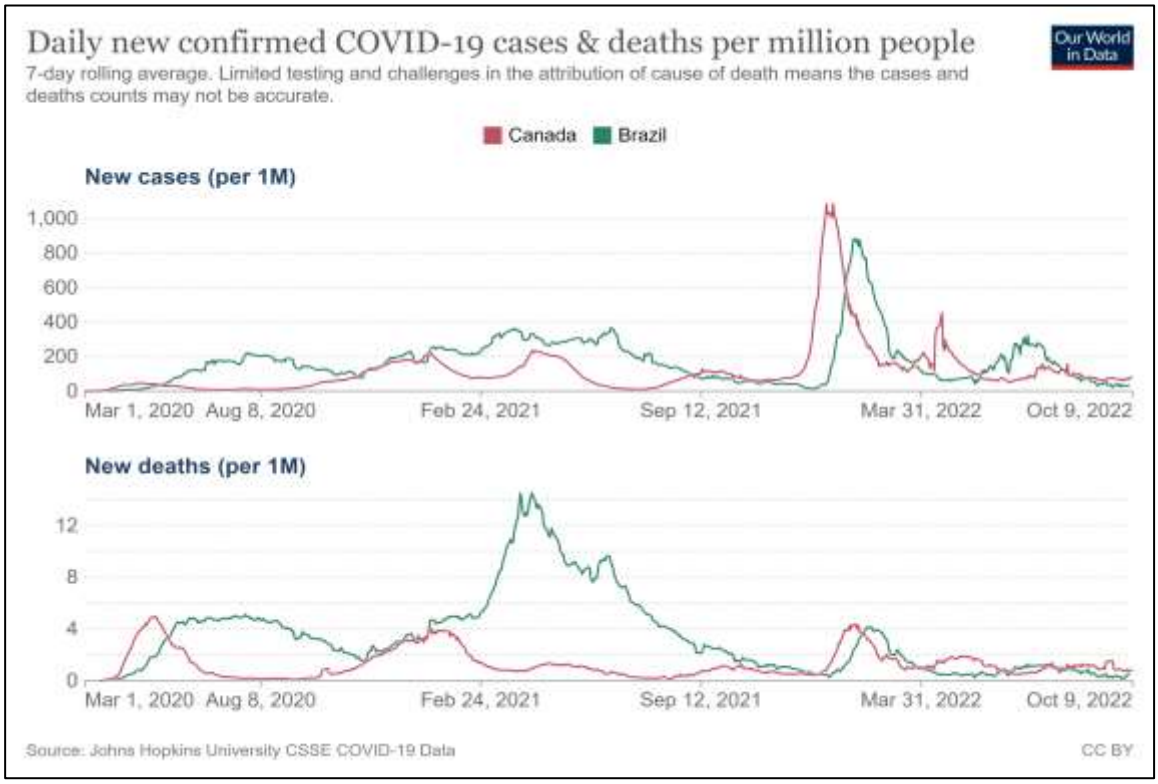
No que diz respeito especificamente a este estudo, as medidas de contenção da pandemia representavam, por um lado, as únicas formas conhecidas, disponíveis e realmente eficazes para impedir a propagação da doença e evitar mais mortes e, por outro, um obstáculo para a realização dos trabalhos de campo presenciais – o que acabou impondo, naquele momento, uma mudança para um novo regime na forma de fazer pesquisa social: do *offline* para o *online*. Ou seja, para compensar o problema da impossibilidade de ir para o campo,

[17] Disponível em: www.ourworldindata.org/coronavirus#explore-the-global-situation .Acessado em: 10 out 2022.

[18] Vale relembrar a desigualdade no acesso das populações no Canadá e no Brasil aos testes para detecção do coronavírus. Nesse sentido, é importante considerar na interpretação dos gráficos que o número de casos confirmados no Brasil possivelmente está subestimado.

houve a migração compulsória das pesquisas presenciais, com trabalho de campo *in loco*, para "investigações na internet"[19]. Mas, como Marins (2020) observa, na pesquisa antropológica, a incorporação de ferramentas digitais no trabalho de campo, longe de ser algo ruim ou problemático, pode ser determinada no e com o desenrolar da própria investigação, especialmente se prestarmos atenção aos significados e às formas como nossos interlocutores lidam com essas tecnologias, por exemplo, como fonte de informação, espaço de sociabilidade e/ou ferramenta para a promoção de produtos, ideias e conceitos.

Figura 2: Representação gráfica do número de novos casos e óbitos por COVID-19 no Brasil e no Canadá: números relativos



Nota: Estimativa do número de novos casos e óbitos (por milhão de habitantes) por COVID-19 no Brasil e no Canadá entre o período de março de 2020 a outubro de 2022.
Fonte: adaptada de MATHIEU et al., 2020.

Com isso em mente, ao longo dos primeiros anos da pandemia (2020-2021), no qual permanecemos fisicamente isolados, procurei reunir informações que abordassem a relação entre COVID-19, gravidez e nascimento que estavam sendo divulgadas nas redes sociais

[19] Aqui, me refiro às investigações *na internet* como aqueles estudos que passaram a utilizar as diversas tecnologias interligadas à rede de comunicação como instrumento para a realização das pesquisas, e não às investigações *da internet*, como o já consolidado campo da Antropologia Digital (MILLER; HORST, 2012).

Facebook e *Instagram* e nos aplicativos de mensagens *WhatsApp* e *Telegram*. No Brasil, esse material era proveniente, principalmente, dos grupos, páginas e perfis de usuárias, profissionais e organizações da sociedade civil ligadas ao "movimento de humanização do parto". Além destes, reuni também artigos científicos, reportagens publicadas em jornais brasileiros e internacionais, diretrizes e notas técnicas lançadas por órgãos de classe e por entidades governamentais no Brasil e no Canadá, assim como as notas e recomendações lançadas pela OMS.

A análise de parte desse material deu origem ao artigo "Gravidez, parto e puerpério na pandemia: os múltiplos sentidos do risco" (SILVA; RUSSO; NUCCI, 2021), publicado em um dossiê da revista Horizontes Antropológicos sobre a pandemia de COVID-19. Neste artigo, foi apresentada uma discussão sobre os diferentes sentidos de risco evocados dentro desse universo discursivo, como: a vulnerabilidade dos corpos grávidos e recém-paridos, a noção de contágio e o problema da mortalidade materna no Brasil. Foi problematizado também as implicações da inclusão, no Brasil, de gestantes e puérperas em "grupos de riscos" para a nova doença, assim como pessoas idosas ou com doenças pré-existentes, tecendo reflexões sobre os possíveis impactos dessa rotulação de risco na assistência "humanizada" e na vida reprodutiva das mulheres brasileiras.

Em suma, esse movimento de ter que se adaptar ao contexto crítico que se impunha naquele momento, repensando tanto o "objeto" como os possíveis "campos", trouxe modificações importantes ao projeto de pesquisa proposto originalmente, em fevereiro de 2020. Além da inclusão da temática sobre os impactos da pandemia de COVID-19 na gravidez e no nascimento e da realização da pesquisa principalmente no ambiente *online*, também aconteceram problemas no cumprimento do cronograma em decorrência dos sucessivos adiamentos do início do estágio de pesquisa no Canadá.[20] Nesse sentido, diante de tais dificuldades e adaptações do projeto, foi necessário realizar um recorte no material analisado nesta tese de modo a viabilizar a conclusão do doutorado dentro do prazo estabelecido pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IMS, UERJ. Assim, como será apresentado adiante, neste estudo trabalharemos com os discursos presentes nos

[20] Inicialmente, a "fase canadense" da pesquisa estava prevista para começar em setembro de 2020. Mas, diante das inúmeras dificuldades para conseguir emitir o visto e a permissão para realizar a pesquisa no Canadá, o início do estágio foi adiado para janeiro de 2021 e depois para maio, quando algumas medidas de contenção da pandemia começaram a ser pouco a pouco flexibilizadas com o avançar da vacinação. Mas, dias antes do embarque (marcado para maio/21), "testei positivo" para COVID-19 e tive que adiar mais uma vez a viagem e o início da pesquisa. Por fim, a minha ida para o Canadá aconteceu quase um ano depois da previsão inicial, mais precisamente em 14 junho de 2021.

âmbitos global, local e situado, mas, na esfera das experiências situadas, o enfoque maior será nas narrativas de gravidez e parto de mulheres brasileiras que vivem no Canadá, deixando de fora, por ora, as experiências de mulheres brasileiras que vivem no Brasil.[21]

2.2 **Um campo multifacetado de carne e osso, papéis e telas**

Como mencionado anteriormente, a realização da pesquisa aconteceu principalmente no ambiente *online*. Por causa das restrições de contato durante a pandemia de COVID-19, as observações que seriam realizadas *in loco* no Canadá ficaram circunscritas às minhas experiências pessoais e cotidianas na cidade de Toronto. Durante o período em que morei no Canadá e estive como pesquisadora visitante na Universidade de Toronto, precisei acessar o sistema médico local algumas vezes para acompanhar alguém da minha família ou para tratar de algum problema de saúde e pude vivenciar e compreender, por exemplo, como acontecem as consultas médicas no sistema de saúde pública canadense.

Como a crise sanitária impedia estar em "carne e osso" no campo, de visitar hospitais e *birth centers*, participar de encontros com gestantes e acompanhar/conviver mais de perto com as participantes do estudo, tive que incorporar ao projeto outras formas de fazer pesquisa, adotando estratégias de investigação *online*. Ou seja, com a constatação de que não seria possível realizar o projeto como havia sido planejado, foi necessário repensar a pesquisa etnográfica de modo que esta que atendesse às demandas e imposições daquela nova forma de se viver e estar no mundo, assegurando, ao mesmo tempo, a fiabilidade dos dados produzidos, tais como os que seriam obtidos em "primeira mão" em uma pesquisa etnográfica presencial.

Assim, como será apresentado em detalhes a seguir, para mapear as noções de risco em diferentes espaços, utilizei múltiplas fontes de "geração de dados", que iam desde conversas informais com pessoas envolvidas e/ou interessadas no tema (por exemplo, doulas e obstetrizes que fui conhecendo ao longo dos últimos anos, além de outras pesquisadoras nesse

[21] Entre setembro de 2020 e junho de 2021, durante o período em que permaneci no Brasil, realizei o primeiro conjunto de entrevistas online com dez (10) mulheres grávidas, brasileiras, residentes da cidade do Rio de Janeiro. Contudo, diante das inevitáveis alterações no planejamento da pesquisa, até o momento não foi possível realizar o segundo conjunto de entrevistas com essas participantes (entrevistas pós-nascimento). Assim, conforme mencionado, pretendo concluir a "fase brasileira" da pesquisa posteriormente, possivelmente no pós-doutorado, dando continuidade ao programa de investigação sobre discursos de risco relacionados à gravidez e nascimento em diferentes níveis e contextos.

campo de estudos e de pessoas da minha rede de relações pessoais), até múltiplas fontes de documentos. Dentre os artefatos de documentação, temos, por exemplo, diretrizes, normativas e notas técnicas em saúde, tanto em nível global, tais como, OMS, Colaboração Cochrane, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos[22], quanto algumas políticas locais no Brasil e no Canadá. Além destes, assisti filmes documentários[23] e reuni também artigos científicos, publicações de jornais impressos e digitais, e diários de campo em diferentes formatos (o que inclui cadernos com anotações feitas à mão e outros diários digitais, com fotografias, "prints de tela", gravações de áudio e mensagens de texto, usando aplicativos de celular).

As observações online aconteceram principalmente nas "redes sociais", e consistiu no acompanhamento periódico, mas não sistemático de publicações em "perfis", "páginas" e "grupos" relacionados à temática da pesquisa nas plataformas do *Facebook*, *Instagram*, *WhatsApp* e *Telegram*.

Contei também com materiais reunidos a partir da realização de alguns cursos, como o curso online sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, promovido pela Petrobras e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 2020, e os dois cursos de capacitação de doulas, nos quais participei como aluna alguns anos antes, em 2016 e 2018.

Além disso, entre os meses de setembro de 2020 e agosto de 2022, reuni os depoimentos de vinte e cinco (25) mulheres brasileiras sobre suas experiências, percepções e preocupações relacionadas à gravidez e ao nascimento de seus filhos (Brasil n=10, Canadá n=15).[24] Mas, como veremos adiante, as entrevistas e os encontros presenciais com as participantes da pesquisa que aconteceriam, por exemplo, em suas casas e nos grupos de gestantes (ou em outros espaços de sociabilidade), foram substituídos por um conjunto de entrevistas em profundidade realizadas de forma *online*, utilizando a plataforma *Zoom*.

---

[22] Na esfera global, além do discurso da OMS, também reuni dados provenientes de outras instituições com abrangência transnacional, como o Centro de Controle e Prevenção de Doenças, que embora seja uma agência de saúde dos Estados Unidos, apresenta um protagonismo na arena global na difusão de análises e recomendações para além do território norte-americano.

[23] Por exemplo, os documentários "Evitável", de Julia Amorim, e "Aftershock", de Paula Eiselt e Tonya Lewis Lee, que abordam o tema da mortalidade materna no Brasil e nos Estados Unidos, respectivamente.

[24] Cabe relembrar que nesta Tese apresentarei somente os dados provenientes das entrevistas realizadas no Canadá.

2.3 **Campo global: recomendações da OMS**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma entidade supranacional global fundada em 1948 com base no princípio de que a saúde é um direito fundamental de todos os seres humanos e que todas as pessoas deveriam gozar do mais alto padrão de saúde, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição social e econômica. Partindo da premissa de que a saúde não se limita à ausência de doença ou enfermidade, mas é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social", o trabalho da OMS em parceria com países membros vem sendo orientado, desde então, a promover "saúde e bem-estar" das populações a partir de intervenções em diversas áreas.

A OMS possui um *website* com versões em seis idiomas (inglês, francês, espanhol, árabe, chinês, russo e português), onde disponibiliza informações sobre temas de saúde populares e diversas notícias, relatórios e diretrizes.[25] Este web*site* também apresenta *links* para páginas regionais da OMS, que divide o mundo nas seguintes regiões: África,

Figura 3: Websites regionais da OMS

Nota: Reprodução do "print de tela" do website da OMS, mostrando a divisão global por regiões.
Fonte: adaptada de WORLD HEALTH ORGANIZATION, [2019].

[25] Importante ressaltar que minha incursão pelo website da OMS aconteceu durante o mês de maio de 2019. Desde então, o site sofreu atualizações que ocasionaram mudanças na disposição de e no acesso a algumas informações. Nesse sentido, a descrição apresentada sobre o site da OMS refere-se ao caminho percorrido naquela ocasião e pode não estar mais disponível no momento da publicação deste estudo. Disponível em: https://www.who.int/home# . Acessado em 18 de maio de 2019.

Américas, Sudeste asiático, Europa, Mediterrâneo oriental e Pacífico ocidental (Figura 3).

De acordo com informações do próprio site, nesses mais de 70 anos de atuação a OMS desenvolveu programas para a reabilitação da saúde nos países devastados por guerras; criou a Classificação Internacional de Doenças; publicou a lista de medicamentos essenciais e aconselhou sobre a utilização responsável de antibióticos; desenvolveu campanhas de imunização para a erradicação de algumas doenças e criou o Regulamento Sanitário Internacional para monitorar e controlar doenças infecciosas graves, como cólera, febre amarela, varíola e tifo; e definiu metas globais para prevenir doenças não transmissíveis, como câncer, e controlar fatores de risco para doenças cardíacas e diabetes.

Em relação à reprodução humana, o destaque é conferido à criação, em 1972, do "Programa especial de pesquisa, desenvolvimento e treinamento em pesquisa em reprodução humana" para realizar investigações sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos; e a implementação de ações específicas para a saúde materna e infantil, a partir do ano 2000, para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e, a partir de 2015, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Ao acessar o *link* do programa de pesquisa em reprodução humana, fui redirecionada para a página "Saúde sexual e reprodutiva". Nessa página, a notícia em destaque, publicada em dezembro de 2018, falava sobre a "epidemia de cesáreas" e redirecionava para a página do documento "Recomendações da OMS: intervenções não clínicas para reduzir as cesarianas desnecessárias", publicado pela OMS, em língua inglesa, naquele mesmo ano.[26]

Após essa exploração preliminar, entrei na seção de publicações e, desta, segui para a seção "Diretrizes da OMS". Nesta seção, foi possível localizar os documentos por palavras-chave, por tipo de publicação, por país/região, por ano e por tema de saúde.[27] Sigo então para o tema "Saúde materna, reprodutiva e da mulher" que apresentava as seguintes categorias: Câncer cervical; Contracepção; Mutilação genital feminina; Gravidez e Nutrição; Gravidez e Nascimento; Prevenção do aborto inseguro; Doenças sexualmente transmissíveis incluindo o HIV; Violência contra as mulheres; e Saúde da mulher.

---

[26] Disponível em: https://www.who.int/europe/news/item/21-12-2018-experts-address-alarming-increase-in-caesarean-sections-at-meeting-in-tbilisi-georgia Acessado em: 09 de maio de 2023.

[27] Lista de temas: Resistência antimicrobiana; Saúde da criança; Doenças transmissíveis; Saúde Ambiental; HIV / AIDS; Sistemas de saúde; Malária; Saúde materna e reprodutiva e saúde da mulher; Saúde mental e abuso de substâncias; Doenças tropicais negligenciadas; Doenças não transmissíveis; Nutrição; Segurança do paciente; Emergências de saúde pública; e Tuberculose.

Na categoria “Gravidez e Nascimento”, encontrei *links* para 17 diretrizes publicadas entre os anos 2011 e 2018. Esses documentos abordavam assuntos variados que iam desde recomendações mais gerais sobre pré-natal e assistência ao parto, até diretrizes para prevenção, triagem e tratamento de condições específicas de saúde e doença na gravidez (como pré-eclâmpsia e eclâmpsia, sífilis e “uso de substâncias”) e intervenções para o manejo de complicações no trabalho de parto, parto e pós-parto (parto prematuro, trabalho de parto prolongado e hemorragia). Essa categoria apresenta ainda um documento que falava sobre “cuidados pós-natais com a mãe e o recém-nascido”. Após a verificação desses documentos, selecionei para análise as diretrizes mais recentes que abordam práticas relacionadas à gravidez e ao nascimento, excluindo todos os documentos que abordavam o período pós-parto

Figura 4: Diretrizes da OMS para gravidez e nascimento

Nota: Reprodução do “print de tela” do *website* da OMS no momento em que localizei os *links* que davam acesso aos documentos mais recentes. As diretrizes analisadas neste estudo foram destacadas por setas.
Fonte: adaptada de WORLD HEALTH ORGANIZATION, [2019].

ou que tratassem de temas relacionados a situações específicas, como as complicações de saúde durante a gestação e o parto citadas acima (Figura 4).

Assim, as recomendações da OMS mais recentes escolhidas para compor esse estudo foram: *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience* (2016); *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* (2018a), *WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections* (2018b). Na página de cada recomendação, em adição aos documentos de texto que estavam disponíveis na íntegra, era possível acessar também os anexos, sumários executivos em outros idiomas (além do inglês), infográficos, "ferramentas de implementação" e outros recursos para informação e divulgação das diretrizes. Além desses materiais, havia também *links* que redirecionavam para algumas atualizações das recomendações e para artigos científicos relacionados ao tema.

É importante ressaltar que a partir da seção de publicações também temos acesso ao "Repositório Institucional para Compartilhamento de Informações" (ISIS)[28] da OMS, uma biblioteca digital que reúne, preserva e divulga materiais textuais que datam antes mesmo da fundação da organização.[29] Nessa coleção, foi possível acessar documentos que também interessam para este estudo, como os artigos "*Maternal mortality: helping women off the road to death*" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986) e "*Appropriate technology for birth*" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985), e o manual "*Care in Normal Birth: a practical guide*" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996), que foram publicados em períodos anteriores.

A análise das noções de risco que permeiam tais documentos foi apoiada por uma revisão integrativa de estudos antropológicos que examinaram as repercussões em nível local da implementação de políticas globais de saúde. Isto é, esses trabalhos também versavam sobre os perigos e incertezas que rondam as gravidezes e nascimentos, servindo assim como um importante referencial teórico sobre os impactos de políticas reprodutivas universais em diferentes contextos nacionais, tais como Camarões (VAN DER SIJPT, 2013), Guatemala (COSMINSKY, 2012, 2016), Moçambique (CHAPMAN, 2003, 2006), Nepal (BRUNSON, 2010, 2020) e Tanzânia (ALLEN, 2002). Esta etapa da pesquisa associada ao levantamento de

[28] Sigla do original, em inglês: "Institutional Repository for Information Sharing". Disponível em: https://apps.who.int/iris/ Acessado em: 17 jan. 2023.

[29] A título de curiosidade, os documentos mais antigos disponíveis na biblioteca ISIS datam de meados do século XIX, a saber: as atas da Conferência Sanitária Internacional que aconteceram em 1866, em Constantinopla, e 1874, em Viena.

informações sobre a assistência pré-natal e ao parto/cesariana no Brasil e no Canadá ajudaram a balizar a construção dos roteiros de entrevistas utilizados na pesquisa de campo.

2.4 **Campo local e situado: políticas de saúde, debates públicos e experiências de gravidez e nascimento no Canadá**

O Canadá é reconhecido como pioneiro na introdução de um novo paradigma na Saúde Pública, a "promoção da saúde". A partir da publicação de documentos importantes, como o "Relatório Lalonde" e a "Carta de Ottawa", o país buscou romper com o paradigma anterior, o "flexeneriano". O Canadá em colaboração com a OMS influenciou, não sem críticas[30], o redirecionamento das políticas públicas de saúde e ajudou a conformá-las numa escala global desde os anos 1980 (RABELLO, 2010).

Contudo, diferente do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro que apresenta uma cobertura universal de serviços, no sistema de saúde canadense nem todos os serviços são cobertos e nem todas as pessoas estão asseguradas. Em geral, o sistema canadense não cobre saúde bucal, medicamentos extra-hospitalares e outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas, psicólogos e fonoaudiólogos. Além disso, os sistemas de saúde são provinciais[31], com variações mais ou menos significativas entre eles, onde a cobertura de serviços de saúde pode ser parcial para crianças, idosos e indivíduos com deficiências ou baixa renda, inscritos num programa de bem-estar (BRANDÃO, 2019). Ainda assim, conforme aponta Brandão (2018) a partir de um levantamento de 195 países e territórios publicado recentemente no *The Lancet*, que avaliou o acesso e qualidade dos cuidados de

[30] Segundo Rabello (2010), o Relatório Lalonde (documento que leva o nome do então ministro da Saúde e Bem-Estar, Marc Lalonde) argumentava que a assistência médica não era o determinante mais significativo para a saúde, sugerindo que as grandes melhorias em saúde viriam das mudanças nos estilos de vida e da qualidade do meio ambiente. Essa abordagem foi criticada por atribuir culpa à vítima, como foi apresentado anteriormente.

[31] O Canadá é constituído por dez províncias e três territórios. Seu sistema político é federal (governo nacional) e cada província possui seu próprio governo (governo provincial). As províncias possuem um certo grau de autonomia em relação ao governo federal, podendo criar leis e impostos provinciais. Além disso, as províncias são responsáveis pelo fornecimento de serviços como educação e saúde pública.

saúde entre 1990-2015, o Canadá encontra-se no quartil superior, próximo a países europeus como Bélgica e França e acima do Reino Unido.[32]

O Canadá não possui um modelo de saúde suplementar/privado como o que temos aqui no Brasil – onde, na prática, quem tem dinheiro tem plano de saúde ou utiliza serviços médicos privativos. À princípio, no Canadá, os serviços médicos que são realizados no sistema público de saúde não são cobertos por seguro particular[33]. No entanto, conforme aponta Rabello (2010), diante da disseminação global de ideias neoliberais, as companhias de seguro de saúde privado no Canadá (que há tempos viabilizam seguros para serviços considerados não necessários, do ponto de vista médico, pelo setor público) estão comercializando "planos de benefícios de saúde estendidos" para alguns segmentos da população, especialmente os de maior renda[34] (que entendem que não precisam contar com os serviços provinciais, assim como uma parcela da população brasileira). Isso, associado ao fato de que os governos provinciais também estão subcontratando o setor privado (ao invés de investir no setor público), parece estar debilitando os programas públicos de atenção à saúde no Canadá (RABELLO, 2010).

No que diz respeito especificamente à saúde materna, o Canadá possui uma taxa de mortalidade materna entre as mais baixas do mundo, o que pode ser atribuído não só às inovações biomédicas no decorrer das últimas décadas, mas principalmente aos padrões de vida mais elevados e aos melhores níveis nutricionais e de moradia da população, quando comparada a outros países do continente Americano, por exemplo.

O modelo canadense de assistência pré-natal e ao parto parece estar bem consolidado, embora existam variações tanto entre as províncias quanto no nível de implementação das práticas de cuidado. Por exemplo, cada província/território canadense, além de apresentar

---

[32] O levantamento foi feito com base na mortalidade por causas que não deveriam ser fatais na presença de cuidados médicos eficazes ("amenable mortality"). Para mais informações: GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators (2017).

[33] As seguradoras só fornecem cobertura para procedimentos que não são reaizados pelo sistema de saúde provincial e para pessoas com *status* de "residente temporário" e que não estejam trabalhando, como estudantes internacionais e turistas.

[34] O seguro de saúde da província de Ontário cobre os serviços básicos de saúde e uma acomodação "padrão" (quatro camas por quarto) para residentes permanentes e para residentes temporários que possuem um seguro de saúde válido (que estejam trabalhando ou possuam uma permissão de trabalho válida), mas existem alguns serviços que são cobrados à parte dos pacientes que optem por alternativas de custo mais alto ou não tenham seguro de saúde. Por exemplo, o *Grand River Hospital*, que tem serviço de maternidade, oferece as opções de quarto privado ou semiprivado por uma taxa extra de US$305 e US$260 por dia, respectivamente, que podem ser cobradas do próprio paciente ou do provedor de "seguros estendidos". Disponível em: <http://www.grhosp.on.ca/> Acessado em: 20 dez 2019.

uma variação considerável nas taxas de intervenção na assistência ao parto (CHALMERS et al., 2012), possui um formulário de registro pré-natal diferente em relação ao conteúdo da avaliação dos riscos (médico, de estilo de vida, psicossocial ou pessoal) que guiará os cuidados de saúde (WEIR, 1996; SCIME et al., 2019). Segundo Weir (1996), no Canadá, o atendimento pré-natal tornou-se cada vez mais caracterizado por "técnicas de risco" baseadas na população. Na prática clínica, as grávidas são divididas desde a primeira consulta pré-natal em três grupos de risco: "gravidez saudável, sem risco previsível", "gravidez de risco" e "gravidez de alto risco"; e os médicos e as parteiras (*midwives*) preenchem o registro pré-natal de avaliação de risco continuamente durante a gravidez. O principal objetivo dessa classificação e avaliação contínua do risco é prescrever o curso de ação (WEIR, 1996).

Na província de Ontário, uma pessoa com uma "gravidez saudável" geralmente faz uma consulta pré-natal por mês desde o início da gravidez até 28ª semana (1 a 7 meses); essas consultas passam a ser quinzenais de 28 a 36 semanas de gravidez (7 a 9 meses) e, no período que antecede o nascimento, passam a ser semanais. Nessas consultas, o profissional de saúde vai avaliar o histórico médico e reprodutivo, além da realizar exames clínicos (avaliação do peso e da pressão arterial) e laboratoriais ("swab vaginal" e exames de urina e sangue); e, se a gravidez for "de risco", a frequência de consultas e exames tende a ser maior.

As políticas de saúde canadenses recomendam que algumas questões a sejam consideradas na escolha de um profissional de saúde para o pré-natal, tais como: a comunicação com o prestador do serviço (compreensão, disponibilidade e forma de acessá-lo), o local onde se planeja ter o bebê e se o profissional vai ou não prestar assistência ao nascimento. Por exemplo, um "*family doctor*" ou uma "*nurse practitioner*" são profissionais habilitados para prestar cuidados à gravidezes saudáveis e partos de baixo risco. No entanto, como nem todos prestam assistência ao parto, boa parte deles só acompanha o pré-natal e transfere os cuidados no final da gravidez para que o parto seja assistido por um médico obstetra ou midwife. O médico obstetra é um profissional que atua em clínicas e hospitais, prestando cuidados pré-natais e durante o parto, tanto para gestações saudáveis quanto gestações de risco e de alto risco; já a midwife só presta assistência às gravidezes saudáveis e de "baixo risco", mas pode acompanhar partos em mais locais: no domicílio, no *birth centre* e no hospital. Esses profissionais podem ser buscados em sites institucionais, como o da associação de midwives[35] ou do governo da província de Ontário.[36] Em relação aos exames

[35] Disponível em: https://www.ontariomidwives.ca/ Acessado em: 21 mai 2023.

pré-natais, há uma série de testes que podem ser solicitados durante a gravidez para todas as gestantes para tentar identificar problemas de saúde ou "fatores de risco" para futuros problemas, enquanto outros exames dependem do histórico de saúde ou da gravidez.

No modelo canadense de assistência pré-natal também preconiza-se que o processo de tomada de decisão sobre a realização ou não de qualquer exame ou procedimento seja uma decisão pessoal de cada gestante, após conversar com o profissional de saúde que a acompanha. Grávidas "saudáveis" só podem realizar um exame de ultrassom "completo" e um "limitado" durante o pré-natal com cobertura pelo seguro de saúde provincial, mas podem solicitar ultrassonografias adicionais às suas próprias custas se assim desejarem.[37]

No que se refere ao nascimento, no Canadá, assim como recomendado nas políticas globais da OMS para saúde materna, o parto ("vaginal", "normal" ou "natural") é indicado como via de nascimento privilegiada, enquanto a cesárea se constitui como procedimento "para salvar vidas", devendo ser utilizada somente em situações nas quais os partos representam mais riscos que a cirurgia. As pessoas grávidas são orientadas a frequentar aulas de educação para o parto para receber informações sobre o processo de parturição, o local de parto e sobre o tipo de assistência disponível. De modo geral, as práticas recomendadas para a assistência ao parto devem ser centradas na mulher (que pode, por exemplo, caminhar durante o trabalho de parto e escolher a posição mais cômoda para o parto) e na família (que é incentivada a estar presente no momento do parto)[38] – embora isso nem sempre aconteça, especialmente nos ambientes hospitalares e em épocas críticas, como foi possível observar nos relatos das participantes dessa pesquisa que pariram durante a pandemia de COVID-19.

Cabe dizer também que as taxas de parto domiciliar e nos *birth centers* permanecem baixas no país, sendo a ocorrência da quase totalidade dos nascimentos em hospitais com serviços de maternidade. Segundo dados do Instituto Canadense de Informações em Saúde divulgados em 2018, o parto continuou sendo o motivo de internação hospitalar mais comum no Canadá, e a cesariana foi o procedimento cirúrgico mais realizado nos hospitais canadenses. Ainda de acordo com o Instituto Canadense de Informações em Saúde, as taxas

---

[36] Disponível em: https://www.ontario.ca/page/find-family-doctor-or-nurse-practitioner Acessado em: 21 mai 2023.

[37] Disponível em: <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ohip/bulletins/4317/bul4317c.aspx> Acessado em: 20 dez 2019.

[38] Public Health Agency of Canada. Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines. Ottawa (ON): PHAC; 2018. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/maternity-newborn-care-guidelines.html> Acessado em: 20 dez 2019.

de cesariana no Canadá vêm aumentando ano após ano, passando de 26% para 28% no período de 2007 a 2017, em média, e variando entre 18% (nos territórios) e 35% (nas províncias)[39].

Uma informação divulgada em junho de 2018 falava da possibilidade de realização de cesáreas sob demanda no Canadá, mesmo sem motivo médico válido[40]. De acordo com a notícia, a Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá estaria flexibilizando uma posição de longa data de que as cirurgias cesarianas devem ser realizadas somente em situações nas quais a saúde da mulher e/ou do feto esteja em risco: a Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá agora diz que a escolha, em última instância, deve ser da mulher (depois de estar "totalmente informada" sobre os prós e os contras). Tal abrandamento de posição, segundo consta, se deve ao fato de que há um grupo crescente de pessoas que, por algum motivo, solicita a cesariana sem ter indicação clínica. Os principais motivos citados seriam: o medo do parto, a idade materna avançada e um fenômeno apelidado de síndrome do "bebê precioso", isto é, a ideia de que aquela pode ser a única gravidez que a mulher teve (e, provavelmente, terá) e nada pode colocá-la em risco.

De acordo com Ivry (2009), a partir do estudo comparativo que ela realizou sobre experiências de gravidez no Japão e em Israel, as diferenças em relação ao modo como as mesmas práticas medicalizadas aparecem nos diferentes contextos podem revelar

> [uma] diversidade de significados, construir diferentes formas de agência e possibilitar vários sistemas de relacionamento, sem perder seu efeito medicalizante. As comparações nos lembram que os significados das tecnologias biomédicas não estão apenas nas próprias tecnologias: esses significados são atribuídos por quem os pratica e os experimenta (IVRY, 2009, p. 17–18).

Segundo Ivry, observar qual "espaço" essas práticas ocupam em cada sociedade e o modo como práticas semelhantes podem ser realizadas de diferentes maneiras, além de mostrar particularidades de cada contexto, pode ajudar na compreensão dos deslizamentos discursivos em torno das noções de risco associados às gravidezes (pré-natal) e às formas de fazer nascer (parto e cesariana).

---

[39] Disponível em: <https://www.cihi.ca/en/c-section-rates-continue-to-increase-while-birth-rates-decline> Acessado em: 21/ dez 2019.

[40] Disponível em: < https://nationalpost.com/health/c-sections-on-demand-doctors-say-pregnant-women-dont-need-a-valid-medical-reason-to-avoid-labour > e < https://www.huffingtonpost.ca/entry/elective-c-section_ca_5cec69e3e4b01da9991131d4 >. Acessado em 26 dez 2019.

Sendo assim, as investigações no Canadá terão como foco não só as produções discursivas em torno das noções de risco nos debates públicos sobre saúde materno-infantil, mas principalmente nas práticas de cuidado situadas e nas negociações privadas. Busco, com isso, fornecer uma imagem mais ampla da gama de significados, ao mesmo tempo plurais e particulares, dos riscos relacionados à gravidez e ao nascimento. Assim, procurei observar as experiências situadas de gravidez e parto de brasileiras residentes no Canadá, para analisar como as mulheres fora de seu contexto sociocultural de origem percebem, lidam e negociam riscos durante suas experiências de gravidez e na definição da via de nascimento de seus filhos.

Seguindo a proposta metodológica de Ivry (2010), neste estudo, as experiências de gravidez até a definição da via de nascimento foram observadas como trajetórias sociais, como caminhos cujas "estações" teriam que ser mapeadas. Algumas das estações mapeadas por Ivry em seu estudo foram os cursos de preparação para o parto, as consultas pré-natais e os manuais sobre gravidez. Esse desenho de pesquisa, de acordo com a autora, "considera a gravidez como uma estrutura dinâmica de práticas e ideias interconectadas, em um processo de produção constante que acontece de forma simultânea em múltiplas arenas sociais e por uma variedade de agentes" (IVRY, 2009, p. 23).

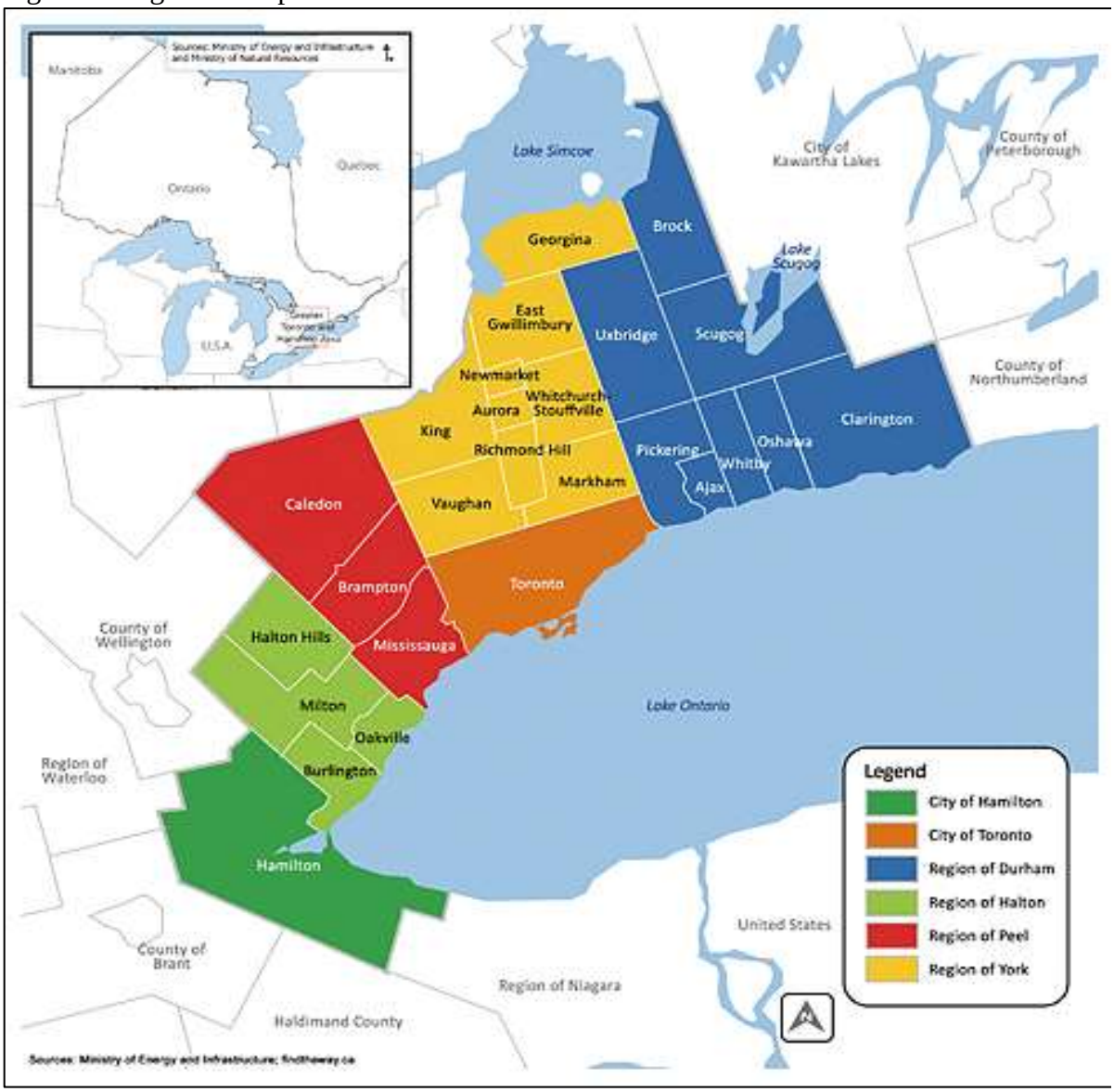
Cabe dizer que, inicialmente, no projeto de pesquisa, a proposta era de que as participantes deste estudo fossem acompanhadas presencialmente pelo maior período possível durante a gravidez, até um momento depois do nascimento dos bebês, para observar os caminhos percorridos por essas mulheres e mapear as "estações" (IVRY, 2010). Contudo, como foi discutido anteriormente, o projeto precisou sofrer modificações em decorrência da pandemia de COVID-19, o que implicou na adaptação e migração dos trabalhos de campo presenciais para investigações online, conforme será apresentado a seguir.

2.4.1 A pesquisa de campo: recrutamento das participantes e os encontros e desencontros

Após a tradução do português para inglês do projeto de pesquisa e a adaptação da metodologia para a realização das entrevistas de forma online (como mencionado, devido às restrições da pandemia), o protocolo de pesquisa foi submetido ao *Health Sciences Research Ethics Board* da Universidade de Toronto em outubro de 2021, tendo sido aprovado em dezembro daquele mesmo ano para a condução da pesquisa no Canadá.

O recrutamento das participantes no Canadá aconteceu dentro das comunidades brasileiras que vivem na região metropolitana de Toronto (Figura 5), conhecida como *Greater Toronto Area* (GTA), principalmente, a partir de pessoas que já viviam no país há algum tempo e que poderiam conhecer potenciais participantes do estudo.

Figura 5: Região metropolitana de Toronto



Nota: Mapa das cidades e regiões que compõem a Greater Toronto Area (incluindo a cidade de Hamilton que não faz parte de GTA). Detalhe no canto superior esquerdo mostra a representação da província de Ontário, na qual GTA localiza-se na parte sul.
Fonte: adaptada de METROLINX, 2008

Uma das portas de entrada para a pesquisa de campo no Canadá foi uma enfermeira brasileira e consultora de amamentação que vive e trabalha há muitos anos em Toronto, e que aceitou facilitar meu contato com algumas mulheres grávidas ou que tinham tido filhos recentemente. A partir daí, nós promovemos o encontro online "*Mothering so far away from home*" para conversar com algumas gestantes e puérperas brasileiras sobre a experiência de "maternidade expatriada" – expressão usada por ela para se referir à experiência de mulheres-mães que gestam, dão à luz e cuidam de seus filhos longe de seus países de origem – durante a pandemia de Covid-19. O encontro virtual aconteceu em uma manhã de sábado no mês de julho de 2020 (Figura 6). Após esse encontro, criamos um "grupo de WhatsApp" que atualmente tem treze participantes (incluindo nós duas), no qual as mulheres continuam trocando informações e compartilhando experiências acerca desse maternar distante de casa, além de marcarem encontros presenciais com as crianças (após o início da vacinação e

Figura 6: Convite para o encontro *"Mothering so far away from home"*

Nota: Convite compartilhado nos perfis, páginas e grupos nas redes sociais Facebook e Instagram e que, atualmente, é a imagem ícone do grupo no WhatsApp.

Fonte: A autora, 2020.

suspensão das medidas de contenção da pandemia).

Algumas mulheres que participaram do encontro "*Mothering so far away from home*" manifestaram interesse em continuar contribuindo com este estudo, tanto como participantes diretas da pesquisa, quanto parceiras no recrutamento ao indicar possíveis participantes de suas redes de contato pessoais e profissionais que atendessem aos critérios de recrutamento (técnica "bola de neve"). Cabe mencionar que eu também já possuía alguns contatos no Canadá, desde que minha irmã migrou para o país em 2007; essas pessoas também colaboraram no recrutamento, ajudando na divulgação da chamada para potenciais participantes da pesquisa e de informações sobre o estudo.

Além desses pontos de contato, no dia 04 de janeiro de 2022, publiquei uma chamada-convite para participação na pesquisa nos meus perfis nas redes sociais Facebook e Instagram, e em alguns grupos no Facebook, WhatsApp e Telegram que reúne pessoas da comunidade brasileira no Canadá (Figura 7). Alguns grupos eram voltados especificamente para temas relacionados à maternidade, como os grupos "Parir no Canadá", "Mamães Brasileiras no Canadá" e "Mães Solo no Canadá", no Facebook, e o "Networking para Brasileiros – Maternidade no Canadá", no WhatsApp. Já outros grupos tinham como foco principal o

Figura 7: Chamada-convite para participação na pesquisa

Fonte: A autora, 2021.

"projeto Canadá", isto é, um ambiente virtual onde os usuários trocam informações sobre os "meios" e "caminhos" relativos ao processo migratório para o Canadá, como o grupo "Toronto para Brasileiros", no Facebook, e o "Humilhados, mas exaltados", no Telegram. Por fim, publiquei a chamada-convite também em alguns grupos que me interessavam pessoalmente por serem voltados para temas do universo acadêmico/científico, como o "*Brazilian Researchers and Scientists in Canada*", no Facebook, o "Cientistas BR no Canadá", no WhatsApp.

Na chamada-convite as potenciais participantes do estudo poderiam acessar, através de um *link* de formulário Google, uma "Carta e Termo de Consentimento" (Apêndice A). Neste documento, elas podiam ler as informações sobre a natureza do estudo, potenciais riscos e benefícios da participação, entre outras considerações éticas em pesquisas envolvendo seres humanos,[41] para poderem decidir se queriam participar da pesquisa, se precisavam de mais informações para decidir ou se não gostariam de participar. Caso aceitassem o convite, era solicitado, em seguida, informações de contato para agendar as entrevistas.

Com isso, entre os dias 04 e 24 de janeiro de 2022, o processo de recrutamento da pesquisa no Canadá recebeu vinte e sete (27) inscrições. Desse total de inscrições, quinze (15) inscritas tiveram a participação na pesquisa validada (todas atenderam aos critérios de inclusão e completaram todas as etapas da pesquisa) e doze (12) foram excluídas do estudo.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: estar grávida ou ter tido filho no Canadá há no máximo 2 anos, ser brasileira e maior de 18 anos, residir em Toronto ou GTA e ter tido contato com o sistema de saúde brasileiro (público e/ou privado) antes de mudar para o Canadá. Já os critérios de exclusão utilizados foram: pouco tempo de gestação, isto é, participantes com poucas semanas de gravidez, cujo nascimento estava previsto para acontecer após o término da pesquisa de campo (n=2); não respondeu às tentativas de contato (n=4); respondeu aos contatos, mas não conseguimos agendar ou realizar as entrevistas (n=4); e iniciou participação no estudo, mas parou de responder aos contatos e não completou a participação (n=2)[42].

---

[41] No Canadá, a conduta ética em pesquisa envolvendo seres humanos segue o *Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans*, uma política conjunta estabelecida por três agências federais de pesquisa: os Institutos Canadenses de Pesquisa em Saúde (CIHR), o Conselho de Pesquisa em Ciências Naturais e Engenharia do Canadá (NSERC) e o Conselho de Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas (SSHRC) (Tri-Council Policy Statement, 2019).

[42] Duas inscritas chegaram a conceder a primeira entrevista, mas param de responder aos contatos para a segunda entrevista. As tentativas de contato com as inscritas foram feitos por mensagem de texto enviados por e-mail e

As entrevistas aconteceram entre os meses de janeiro e agosto de 2022. Não raro, as entrevistas eram interrompidas, precisavam ser remarcadas ou não chegavam nem a ser realizadas. Por exemplo, em uma ocasião, uma participante teve que interromper a entrevista para trocar a fralda do bebê, mas retomamos a conversa logo em seguida; já em outra ocasião, a entrevista precisou ser concluída no encontro seguinte, porque a participante precisou acolher o bebê que acordou chorando. Aconteceu também de as entrevistas serem remarcadas, seja porque a participante esqueceu do horário marcado e faltou, seja porque "tiveram um imprevisto" ou "não estavam se sentindo bem" (uma delas disse que teve "uma madrugada complicada" por causa das "cólicas do bebê"). Observo que isso se deve, principalmente, ao fato de que essas mulheres eram as principais cuidadoras dos bebês (e, em alguns casos, a única cuidadora). Nesse sentido, as participantes tinham dificuldades para conciliar as demandas dos bebês, como amamentação e "horários da soneca", com uma agenda de entrevistas. Para atenuar essas situações, eu me colocava à disposição para realizar as entrevistas em qualquer horário do dia ou da noite, ou de fazer a entrevista "em pedaços", dividindo-a em partes menores que pudessem ser respondidas de acordo com a disponibilidade delas. Ainda assim, com algumas inscritas não consegui agendar as entrevistas, tampouco realizá-las.

As quinze (15) inscritas que participaram do estudo foram inicialmente separadas em dois grupos, "grávidas" (G, n=5) e "pós-parto" (PP, n=10), a depender da sua condição no ato da inscrição (se estava gestando ou se o bebê já tinha nascido, respectivamente). Todas as participantes deste estudo passaram por um conjunto de entrevistas que foi dividido em, pelo menos, dois encontros. No primeiro encontro, as participantes respondiam um questionário/formulário sociodemográfico (Apêndice B) e, em seguida, conversávamos sobre a experiência de gravidez. No segundo encontro, a entrevista era sobre o nascimento do bebê.

Como é possível observar na Figura 8, as participantes do grupo pós-parto concederam as duas entrevistas após o nascimento dos bebês. Já as participantes do grupo grávidas concederam a primeira entrevista enquanto ainda estavam grávidas e a outra após o nascimento. Duas participantes que estavam no segundo trimestre da gestação quando se inscreveram na pesquisa, acabaram dando entrevistas adicionais, totalizando três encontros (sendo dois durante a gravidez e o último após o parto). Sinalizo a diferença entre os dois grupos, pois isso levantou uma questão metodológica importante sobre percepções/avaliações

---

pelo aplicativo WhatsApp. Assim, essas inscritas foram excluídas do estudo e as respectivas gravações das entrevistas e outros dados foram apagados.

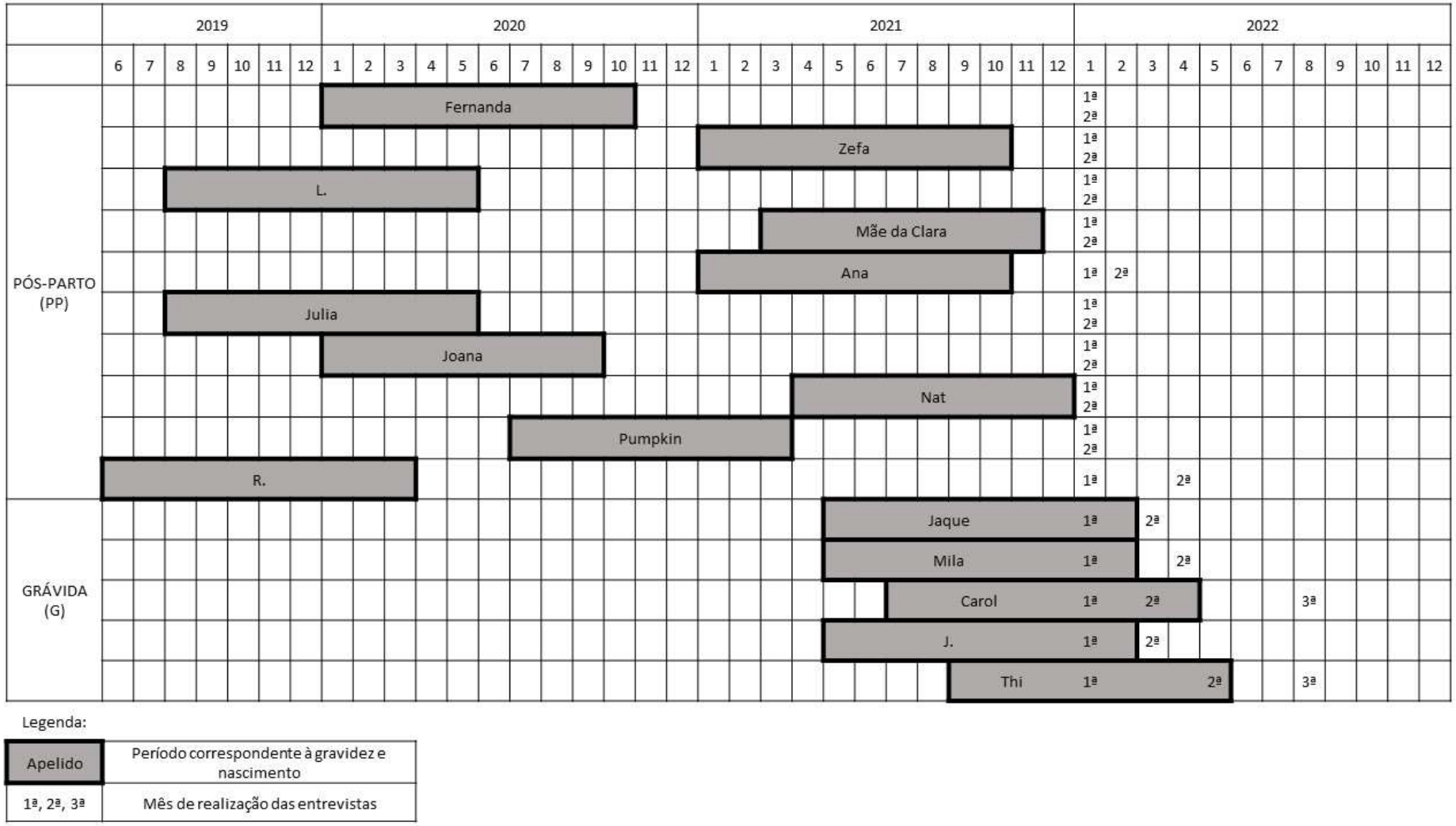
de risco. Essa diferença entre os dois grupos influenciou não só o modo como as perguntas foram feitas (no tempo verbal que utilizei para formular algumas perguntas), mas sobretudo as respostas das participantes. Isto é, tanto os projetos relacionados ao nascimento (para mitigar problemas futuros) quanto as avaliações das participantes acerca dos riscos variavam de acordo com o momento reprodutivo que elas estavam vivendo na ocasião da entrevista.

Por exemplo, para as participantes do grupo "grávidas", as perguntas sobre os cuidados que elas tinham com a gravidez ou sobre as intenções/planejamento para o parto faziam referência a uma experiência que elas ainda estavam vivendo no presente ou que viveriam no futuro, cujo "resultado", portanto, não estava definido. Com isso, as participantes respondiam a partir da perspectiva de quem ainda não sabia como seria o desfecho da gravidez. De modo distinto, as participantes do grupo pós-parto já tinham passado por todo o processo e por isso descreviam os problemas, as complicações e os riscos a partir de outra perspectiva. Isto é, elas faziam uma avaliação dos riscos a posteriori, pois narravam uma experiência que já tinha acontecido e da qual elas já sabiam qual era o resultado. Cabe investigar posteriormente se e como a diferença na avaliação de risco aparece nos relatos de pessoas que já passaram por outras experiências reprodutivas. A percepção de risco se modifica de acordo com o número de gestações e partos? Essa é uma questão que precisaria ser aprofundada.

É importante ressaltar também que embora esse estudo tenha considerado tanto as experiências de gravidez quanto as experiências de nascimento, nesta tese não será possível apresentar uma análise detalhada sobre os relatos dos nascimentos em razão das limitações de tempo, recursos e espaço.[43] No entanto, as trajetórias reprodutivas das participantes da pesquisa foram analisadas como um todo, isto é, como um percurso que começou desde antes da concepção e foi até o nascimento. Assim, embora não seja apresentada uma análise mais aprofundada sobre os desfechos das gestações, as narrativas sobre os riscos nos partos ou nas cesáreas foram consideradas na análise juntamente com os relatos sobre as experiências de gravidez. Não foram analisados documentos médicos das participantes, como prontuários de atendimento. Todas as noções de risco analisadas nas entrevistas foram consideradas a partir da fala das participantes.

[43] Esse material traz questões muito relevantes, como situações de violência obstétrica, que serão discutidos de forma aprofundada em artigos a serem publicados posteriormente.

Figura 8: Linha do tempo



Nota: Representação dos períodos correspondentes às gravidezes de cada participante e dos momentos em que as entrevistas foram realizadas. Todas as primeiras entrevistas aconteceram no mês de janeiro de 2022 e as demais entrevistas foram realizadas nas semanas seguintes (no próprio mês de janeiro) e nos meses subsequentes.

Fonte: A autora, 2023.

As entrevistas foram realizadas em português e seguiram roteiros semiestruturados de perguntas (Apêndices C e D), de forma que atendesse aos interesses da pesquisa e, ao mesmo tempo, possibilitasse às participantes terem maior liberdade no desenvolvimento de suas respostas (incluindo a recusa para responder qualquer pergunta e a opção de falar em inglês, se assim preferissem). As entrevistas tiveram, em média, uma hora e meia de duração.[44] Todos os encontros foram realizados por meio da plataforma de videoconferências *Zoom*. Durante a realização das entrevistas, eu permanecia o tempo todo com a minha câmera ligada para que as participantes pudessem me ver e, com exceção de uma participante, todas as outras também permaneceram com suas câmeras ligadas. Os áudios e vídeos de todos os encontros foram gravados com a anuência das participantes. Posteriormente, os áudios foram transcritos na íntegra por mim e por três colaboradoras da pesquisa, com o auxílio do sistema de transcrição *Sonix.ai*.

Embora no Canadá seja comum remunerar as pessoas que participam de pesquisas, as participantes deste estudo concederam entrevistas de forma voluntária, não tendo sido recompensadas de nenhuma forma, nem financeira nem material, para participar deste estudo.

Por fim, é importante ressaltar o compromisso de que, na apresentação dos resultados da pesquisa, busquei garantir o sigilo de informações sobre a identidade das participantes, dos familiares e de todos os profissionais e instituições citados nos relatos. No início da primeira entrevista, era solicitado que as participantes escolhessem um apelido de sua preferência para identificá-las durante o estudo. Com isso, busquei garantir o sigilo de suas identidades, mas assegurando que elas pudessem se reconhecer na pesquisa quando os resultados forem divulgados. Assim, nesta Tese, as participantes serão identificadas por esses apelidos e pelos números que receberam de acordo com a ordem de participação na pesquisa.

[44] A entrevista mais rápida foi realizada em 43 minutos; já a mais longa durou mais de duas horas e meia. Por fim, foram realizadas trinta e duas (32) entrevistas, que totalizaram mais de quarenta e quatro (44) horas de áudio/vídeo gravados.

3 **RISCO, GRAVIDEZ E NASCIMENTO NA AGENDA DE DESENVOLVIMENTO GLOBAL**

As recomendações da OMS mais recentes analisadas neste estudo foram publicadas nos anos 2016 e 2018, dentro do contexto de implementação da "Agenda 2030", uma agenda global de compromissos com o "desenvolvimento econômico, social e ambiental sustentável do planeta" a serem atingidos até o ano de 2030, que ficou conhecida como "Objetivos de Desenvolvimento Sustentável"[45]. Contudo, antes de apresentar essas recomendações, considero importante traçar uma breve retrospectiva de algumas políticas globais anteriores que traziam em seus escopos preocupações com os perigos para a "saúde materna", para examinar as mudanças e permanências nas noções de risco em políticas da reprodução na passagem do século XX para o século XXI.

3.1 **Riscos oficiais, metáforas para falar de morte e os problemas de implementação da *Safe Motherhood Initiative***

A *Safe Motherhood Initiative* foi um esforço internacional lançado em 1987, na conferência da OMS em Nairóbi, no Quênia, com o objetivo de reduzir pela metade a mortalidade materna até o ano 2000, especialmente nos "países em desenvolvimento"[46]

---

[45] Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são um conjunto de dezessete objetivos que abordam, segundo a ONU, os principais desafios globais para o desenvolvimento sustentável do planeta, a saber: (1) erradicação da pobreza, (2) fome zero e agricultura sustentável, (3) saúde e bem-estar, (4) educação de qualidade, (5) igualdade de gênero, (6) água potável e saneamento básico, (7) energia limpa e acessível, (8) trabalho decente e crescimento econômico, (9) indústria, inovação e infraestrutura, (10) redução das desigualdades, (11) cidades e comunidades sustentáveis, (12) consumo e produção responsáveis, (13) ação contra a mudança global do clima, (14) vida na água, (15) vida terrestre, (16) paz, justiça e instituições eficazes e (17) parcerias e meios de implementação.

[46] Ao longo deste estudo, me deparei com diferentes formas para se referir aos distintos grupos/regiões de países (normalmente, segundo critérios de "distribuição de riquezas"), tais como: "países de primeiro mundo"/"países de terceiro mundo", "países desenvolvidos"/"países em desenvolvimento" e, em documentos mais recentes, "países de alta renda"/"países de baixa e média renda". Como argumenta Hösle (2013), a elaboração acerca de qual termo melhor representa as realidades complexas às quais nos referimos constitui um problema conceitual e filosófico. De acordo com o autor, quando usamos, por exemplo, a expressão "terceiro mundo", "pressupomos um número de coisas altamente questionáveis, deixando-nos desconfortáveis, e esse desconforto só pode ser respondido com filosofia [...] no termo "terceiro mundo", nuances avaliativas ocultas estão presentes; e precisamos de filosofia ainda mais se quisermos responder, de forma explícita, à questão

(ALLEN, 2002; GELLER et al., 2006; STORENG; BÉHAGUE, 2017). Naquela época, as estimativas de mortes maternas[47] divulgadas pela OMS mostravam que cerca de 500.000 mulheres faleciam por ano de causas associadas a complicações durante a gravidez, parto e pós-parto, das quais 99% viviam nesses países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986; ALLEN, 2002; CHAPMAN, 2003; STORENG; BÉHAGUE, 2017).

Para ilustrar números tão difíceis de se imaginar e chamar a atenção para a magnitude do problema, a OMS usou em uma publicação de 1986 o recurso figurativo emblemático[48] de aviões lotados de "mulheres no auge" caindo "em algum lugar do mundo" a cada 4 horas, sem deixar sobreviventes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).[49] A antropóloga Denise Roth Allen (2002) observa que, além de aviões destroçados, a *Safe Motherhood Initiative* também utilizou outro recurso metafórico, o da "estrada para a morte" percorrida pela Sra. X – uma mulher (fictícia?) pobre, analfabeta, com problemas de saúde, residente em uma área rural, que era mãe de cinco filhos vivos e estava na oitava gravidez – para sensibilizar acerca dos "caminhos" que levariam determinadas mulheres até a morte e apontar algumas possíveis "saídas" para o problema.

Allen (2002), ao explorar a construção cultural dos riscos relacionados à saúde materna em diferentes esferas – que ela categorizou como colonial, internacional, nacional e local – observou que existiam definições "oficiais" e "não oficiais" do que constitui risco à saúde materna. A autora definiu como *riscos oficiais* os fatores identificados por formuladores de políticas nacionais e internacionais como colocando em perigo a sobrevivência de

---

normativa do que deveria ser feito face ao problema ético e político que o terceiro mundo representa. Pois é claro que a distância crescente entre o primeiro e o terceiro mundos levanta algumas das questões morais mais difíceis do mundo moderno" (HÖSLE, 2013, p. 240). Assim, sem perder de vista que tais expressões tendem a apagar as desigualdades sociais e econômicas existentes entre os países e que os "problemas de desenvolvimento" são decorrentes, principalmente, de processos históricos relacionados à colonização e exploração econômica (POTVIN, 2018), mas considerando que adentrar em tão densa discussão não faz parte dos objetivos principais e secundários deste estudo, neste trabalho procurei reproduzir as categorias tal como foram aparecendo nos textos de referência, mantendo o uso das aspas para indicar esses termos.

[47] "Morte materna" é definida pela OMS como: "a morte de uma mulher durante a gravidez ou dentro de 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração e do local, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou pelo seu manejo, mas não por causas acidentais ou incidentais". Já a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia amplia temporalmente essa definição, acrescentando "todas as mortes até um ano após o parto, cuja causa seja identificada como sendo decorrente da gravidez" (Notas de campo).

[48] Essa ideia de aviões caindo foi uma estratégia discursiva muito usada no Brasil nos últimos anos, durante a pandemia de COVID-19, para ressaltar o elevado número de mortes que aconteciam diariamente no país, posto que em um desastre de avião a possibilidade dos passageiros e tripulantes resistirem à queda é baixíssima.

[49] Do original em inglês: "*Imagine a jumbo jet crashing every four hours somewhere in the world. All passengers on board are women in their prime. There are no survivors. This is the magnitude of maternal mortality*" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, p. 178).

gestantes, mesmo que esses riscos não refletissem realmente as experiências de gravidez e parto das mulheres; e como *riscos não oficiais*, os perigos que, apesar de válidos para os membros da comunidade local, não foram incorporados por nenhuma política oficial.

De acordo com a análise de Allen (2002) sobre o modo como os riscos oficiais à saúde materna foram definidos nos primeiros anos dessa iniciativa internacional, houve a associação das mortes maternas a três "fatores de risco" principais: (i) reprodutivos, como ter muita ou pouca idade no momento da gravidez, número de gestações prévias, "fertilidade excessiva", gravidez indesejada e "partos desassistidos [sic]"; (ii) socioeconômicos, por exemplo, pobreza, local de moradia e analfabetismo; e (iii) fatores de risco médico, que foram classificados como "causas diretas" ou "indiretas". As causas diretas são doenças e complicações obstétricas relacionadas à gravidez, parto e pós-parto, por exemplo, hipertensão, hemorragia, infecção, "trabalho de parto obstruído"[50] e "aborto inseguro"[51]; já as causas indiretas são todos os problemas de saúde que não estão diretamente ligados à gravidez ou ao parto, mas que podem prejudicar a vida reprodutiva das mulheres, como anemia ou desnutrição (ALLEN, 2002)[52].

Ainda segundo Allen (2002), a OMS estimava que grande parte dessas mortes maternas eram "mortes evitáveis", isto é, que poderiam não acontecer se todas as mulheres recebessem avaliações e intervenções médicas adequadas durante a gravidez, no trabalho de parto e após o parto. Assim, nos primeiros anos da iniciativa internacional, as soluções propostas para combater o problema da mortalidade materna nos "países em desenvolvimento" incluíam recomendações para a implementação tanto de políticas de gênero para "elevar o *status* das mulheres em suas comunidades" (promovendo o acesso das mulheres à educação), quanto de programas de saúde materna para melhorar o acesso a serviços, como "planejamento familiar" (para evitar gravidez indesejada ou de alto risco), pré-natal (para detectar precocemente fatores de risco) e assistência ao parto por pessoas treinadas

[50] Trabalho de parto obstruído é uma situação que acontece e só pode ser verificada durante o trabalho de parto. Refere-se à condição em que há um posicionamento errado do feto ou uma desproporção entre o tamanho da cabeça dele e a pelve da parturiente, que impedem o nascimento pela via vaginal.

[51] Aborto inseguro refere-se ao procedimento de interrupção da gravidez realizado por pessoas sem as habilidades necessárias e/ou em ambientes inadequados e/ou com os meios inapropriados, e sem que haja qualquer tipo de amparo médico ou jurídico. Essa prática ocorre principalmente nos países em que o aborto assegurado por lei é restrito a determinadas situações ou não está disponível, acometendo principalmente mulheres pobres/sem recursos que vivem nesses locais.

[52] Como veremos adiante, algumas dessas definições sofreram modificações ao longo dos anos. Por exemplo, atualmente, se considera que dentre as causas diretas de morte materna estão também as complicações obstétricas decorrentes de intervenções ou tratamentos incorretos, ou de omissões, ou de eventos resultantes de uma dessas causas. (Notas de campo)

(ALLEN, 2002) – o que incluía, como veremos adiante, a implementação de programas de treinamento para parteiras tradicionais. Assim, grande parte da atenção internacional concentrou-se muito mais nas "causas médicas" da mortalidade materna do que em fatores culturais, sociais e econômicos que afetam direta e indiretamente os cuidados de saúde, consumando a "agenda da tecnomedicina", conforme observou a antropóloga Robbie Davis-Floyd:

> muitas vezes os programas de saúde pública, como a *Safe Motherhood Initiative*, são fortemente influenciados por perspectivas tecnomédicas. A tecnomedicina identifica hemorragia, toxemia, anemia e outros como as fontes de morte materna. Mas as causas subjacentes desses problemas são os fatores inter-relacionados de pobreza, má nutrição, alimentos e água contaminados, a condição inferior das mulheres e excesso de trabalho. As iniciativas que tentam resolver o problema da mortalidade materna construindo mais hospitais e equipando-os com mais máquinas não conseguem resolver esses problemas centrais; em vez disso, perpetram a agenda da tecnomedicina (DAVIS-FLOYD, 2001, p. S14, tradução nossa).

Além da OMS sugerir que as soluções para o problema da mortalidade materna eram, em grande parte, biomédicas, de acordo com Allen (2002), quando os fatores sociais e culturais eram considerados, o foco estava na eliminação de "atitudes tradicionais" e de "práticas culturais prejudiciais", sem mencionar, por exemplo, o modo como as relações de poder entre os diferentes atores influenciavam o acesso das mulheres aos serviços de saúde. Como consequência, conforme evidenciado em alguns estudos (ALLEN, 2002; CHAPMAN, 2003, 2006; COSMINSKY, 2012, 2016; VAN DER SIJPT, 2013), as recomendações globais para "tornar a maternidade segura", por mais bem intencionadas que fossem, resultaram na implementação de programas na esfera local que nem sempre resolviam o problema da mortalidade materna nos países ou impactavam de forma positiva as experiências de gravidez e parto das mulheres em algumas comunidades.

Por exemplo, a antropóloga Sheila Cosminsky, argumentava que

> o subtexto da nova política de Maternidade Segura da OMS, conforme implementada na Guatemala, é que a parteira é o maior fator de risco no processo reprodutivo e a culpada pelas altas taxas de mortalidade do país. As crenças e práticas da parteira, incluindo a de não encaminhar casos de alto risco para o hospital, tornam-se o bode expiatório para as altas taxas de mortalidade; a melhoria destes índices implica a sua remoção ou substituição (OMS 2009). A suposição básica é que, se a parteira for treinada para reconhecer os fatores de risco em mulheres grávidas e as complicações durante o parto e encaminhá-las para o hospital ou centro médico para o parto, as taxas de mortalidade infantil e materna diminuirão (COSMINSKY, 2012, p. 82, tradução nossa).

Cosminsky (2012, 2016) realizou um robusto estudo etnográfico ao longo de 40 anos (1970-2010) sobre as práticas de parteiras tradicionais, as *comadronas*, em uma região rural da Guatemala – um país da América Central que possui uma razão de mortalidade materna[53] entre as mais altas do continente americano, desigualmente distribuída, atingindo principalmente as populações rurais e indígenas do país – a partir do qual ela acompanhou o processo de implementação dos programas de treinamento para "assistentes tradicionais de parto"[54] recomendados na *Safe Motherhood Initiative*.

Cosminsky observou que, enquanto os primeiros programas de treinamento ensinavam práticas de higiene, como lavar as mãos de forma adequada ou cortar o cordão umbilical com tesouras estéreis, a partir de meados da década de 1980, a ênfase passou a estar no reconhecimento dos fatores de risco e dos "sinais de alerta" durante a gravidez e no trabalho de parto, a partir dos quais as parteiras deveriam encaminhar as mulheres "de alto risco" para serem cuidadas por "profissionais qualificados" – o que, segundo a autora, foi incorporado às práticas das *comadronas* com o passar dos anos.

Segundo a antropóloga, as parteiras tradicionais adotaram o discurso de risco que aprenderam nos programas de treinamentos, especialmente a ideia de que alguns partos, como os de primíparas, de adolescentes, de mulheres maiores de 35 anos e/ou que tiveram cesárea anterior e/ou que tiveram vários filhos, seriam de "alto risco" e que deveriam, portanto, ser acompanhadas por médicos nos hospitais. De acordo com a autora, embora não existisse uma restrição legal/formal na Guatemala a esse respeito, as parteiras acreditavam que eram proibidas de atender a esses casos sob a penalidade de perder a licença e o direito de praticar. Com essas restrições, o número de mulheres assistidas por *comadronas* reduziu consideravelmente, colocando as parteiras tradicionais em um papel coadjuvante na assistência parto na Guatemala.

Mas Cosminsky (2021) ressalta que, embora esses programas de treinamento reconhecessem a existência de problemas de infraestrutura (como a deficiência no transporte

---

[53] A razão de mortalidade materna é, idealmente, calculada dividindo-se o número de mortes maternas pelo número de nascidos vivos (normalmente por 100.000 nascidos vivos) dentro de um período de tempo específico (geralmente, um ano).

[54] Cosmisnky (2012) ressalta que, apesar do papel das parteiras tradicionais nas comunidades ser muito maior do que somente assistir partos, as políticas da OMS referiam-se a elas como "assistentes tradicionais de parto" (*traditional birth assistant*, TBA). Segundo a autora, a OMS definia uma TBA como uma assistente de parto leiga que aprendeu o ofício com outras parteiras tradicionais e/ou com a experiência empírica de assistir partos, marcando a diferença para as "atendentes qualificadas de parto", que fazem referência aos profissionais de saúde, como médicas e enfermeiras. Isto é, como as parteiras tradicionais não são formalmente treinadas, elas não se enquadrariam na definição de "parteiras qualificadas" da OMS (Cosmisnky, 2012).

de pacientes e a carência de hospitais e suprimentos médicos) e a importância da atuação das parteiras na assistência aos partos no país (na região analisada pela autora, antes, elas costumavam assistir mais de 80% dos nascimentos), ainda assim as *comadronas* apareciam como "bodes expiatórios", uma vez que suas práticas ainda eram consideradas "arriscadas".

Ao examinar alguns problemas envolvendo os programas de treinamento recomendados pela *Safe Motherhood Initiative*, Cosminsky (2012) observa que havia ao menos três critérios inter-relacionados que eram usados inadequadamente para avaliar não só os treinamentos, mas a performance das parteiras em si: a taxa de mortalidade materna, a capacidade de reconhecer os "fatores de risco" e os encaminhamentos para os hospitais. De acordo com a autora, a implementação dos programas de treinamento estava fundamentada na suposição de que a capacitação de parteiras reduziria as taxas de mortalidade materna, logo, essas taxas foram usadas como critérios para avaliar a eficácia dos treinamentos. Mas, como as taxas de mortalidade não caíram conforme o esperado, não só os treinamentos foram sentidos pela OMS como custosos e ineficazes; as parteiras também foram consideradas como incapazes de reconhecer e encaminhar os supostos casos de alto risco para os hospitais (mesmo que o fizessem), sendo, então, culpabilizadas pela manutenção da alta mortalidade materna.

Para Cosminsky, esses programas falharam porque não integraram aos treinamentos as diversas contribuições de uma "etnomedicina" que as *comadronas* poderiam oferecer, incluindo suas concepções sobre perigo/risco (COSMINSKY, 2016). Além disso, as avaliações dos programas também não levavam em conta as percepções de risco das mulheres e de suas famílias relacionadas à assistência pré-natal nas clínicas médicas e ao parto hospitalar (BRUNSON, 2010; VAN DER SIJPT, 2013), tampouco os contextos sociais e econômicos mais amplos nos quais as decisões de buscar assistência médica eram tomadas (CHAPMAN, 2006; COSMINSKY, 2012).

Essa questão das percepções de risco e o modo como isso se articula com certas desigualdades (por exemplo, a marginalização social e econômica das mulheres) e com as estratégias de gerenciamento da gravidez são centrais na discussão da antropóloga Rachel R. Chapman (2003, 2006) sobre as experiências reprodutivas de mulheres moçambicanas no período de implementação da iniciativa para maternidade segura em Moçambique – um país que também possui uma alta razão de mortalidade materna e que fica localizado no sudeste do continente africano, cuja história foi marcada por séculos de colonização portuguesa, guerras e, mais recentemente, por políticas de austeridade que reformaram os sistemas econômicos e de saúde do país.

Segundo Chapman (2006), em comparação com as taxas nacionais, a região que ela investigou apresentava altos índices de natalidade e de mortalidade materna, e a utilização de serviços de cuidados pré-natais nas clínicas era baixa, mesmo que estivessem disponíveis ou que houvesse indicação de acompanhamento médico. A partir de uma pesquisa sobre os padrões de busca aos diferentes tipos de serviços de saúde por mulheres moçambicanas, a autora observou que havia "lacunas estruturais e cognitivas" entre as construções biomédicas de risco e as percepções leigas das "ameaças sociais e espirituais" que rondavam as gravidezes e os nascimentos. Essas ameaças – que conformavam o que autora chamou de "vulnerabilidade reprodutiva" – influenciavam o acesso aos serviços de saúde:

> A construção da vulnerabilidade reprodutiva como ameaças sociais e espirituais constitui uma influência significativa na procura de saúde durante a gravidez em Moçambique. As mulheres consideravam os serviços clínicos de pré-natal inadequados para sua proteção reprodutiva e tratamento espiritual durante a gravidez. Para elas, *sua vulnerabilidade reprodutiva decorria do conhecimento público de sua condição de grávida*. Em resposta, muitas mulheres propositalmente maximizavam a utilização de prestadores de cuidados de saúde do setor informal, que lidavam diretamente com a natureza social e interpessoal da vulnerabilidade reprodutiva, e minimizavam estrategicamente a utilização do sistema biomédico formal, o que de fato não acontecia. A articulação das mulheres nas estratégias de gerenciamento de gravidez expressava uma epidemiologia popular convincente que traçava a distribuição de crises reprodutivas não em termos de categorias de risco biológico medicalizadas, mas em termos de encontros sociais perigosos ocorridos em um cenário moldado pela intensificação da marginalização econômica e desigualdades sociais de gênero (CHAPMAN, 2006, p. 489, tradução nossa, grifo nosso).

De acordo com a pesquisa de Chapman, quando a comunidade tomava conhecimento das gravidezes dessas mulheres (o que acontecia, principalmente, quando elas buscavam os serviços pré-natais nas clínicas), as gestações se tornavam vulneráveis a "feitiços" e "bruxarias", que poderiam ser induzidos tanto por humanos quanto por espíritos, ocasionando o que era chamado de "doenças do mau espírito" – que poderia estar relacionada à dificuldade para conceber, hemorragia, aborto ou complicações no parto, por exemplo – condição que se acreditava ser intratável com os recursos da biomedicina. Segundo a autora, a gravidez era considerada um signo de boa sorte e prosperidade, com o potencial de despertar ciúmes e competição entre as mulheres que dividiam a atenção e os recursos financeiros dos maridos, em acordos formais e informais poligâmicos (CHAPMAN, 2006).

Chapman (2006) observa que a ideia de feitiço na cosmologia *Shona* associada ao contexto local de violência, escassez material e desigualdades sociais informavam o contexto de vulnerabilidade reprodutiva cotidiana daquelas mulheres moçambicanas. Assim, os feitiços e as bruxarias eram percebidos como os grandes desencadeadores dos problemas na gravidez

e de complicações no parto, exercendo uma forte influência no modo como as mulheres buscavam cuidar da saúde:

> As mulheres acreditam que suas experiências de ameaças reprodutivas geralmente são melhor abordadas no mundo não clínico, e provedores populares de cuidados de saúde reprodutiva são privilegiados como fontes de conhecimento reprodutivo e de processos terapêuticos que abordam aspectos significativos da experiência reprodutiva das mulheres. Como as relações familiares e sociais podem representar um acesso importante a recursos limitados, as mulheres avaliam as estratégias de manejo da gravidez e as intervenções de saúde pré-natal em relação não apenas ao seu potencial de causar ou evitar perdas reprodutivas, mas também à capacidade de um nascimento específico romper, manter ou expandir redes sociais já sob pressão no atual ambiente de convulsão social e austeridade econômica (CHAPMAN, 2006, p. 507).

Chapman nos mostra que, para as mulheres moçambicanas de seu estudo, havia uma sobreposição de "males da gestação" que promoviam a criação de estratégias na busca por serviços de saúde, nas quais elas combinavam tratamentos formais e informais em "camadas de proteção", para ter uma "passagem segura":

> um processo de proteção em camadas contra as várias ameaças reprodutivas iminentes que percebiam ao seu redor. As táticas combinadas de camadas de cuidados pré-natais de diferentes fontes e a adesão a um código local de comportamento para mulheres grávidas envolvendo sigilo e revelação tardia da gravidez são elementos da 'passagem segura' – uma estratégia de sobrevivência desde a preconcepção até o parto (CHAPMAN, 2006, p. 496).

Em suma, ao analisar o papel das percepções leigas de risco na tomada de decisões em saúde, mais especificamente as percepções das mulheres sobre as diversas ameaças à reprodução, Chapman (2003, 2006) observou uma articulação relevante entre fatores culturais e restrições estruturais que produziam vulnerabilidades reprodutivas em diversos níveis (espiritual, social e econômica), influenciando, por sua vez, as estratégias de manejo da gravidez e a busca por cuidados pré-natais.

Para a autora, a "abordagem de risco" da *Safe Motherhood Initiative*, na qual há uma noção antecipatória de danos à saúde baseada em conceitos como "fatores de risco" ou "predisposição" para doenças ou complicações, acabou deixando de fora não só as mulheres que não buscavam o setor formal, mas também aquelas que buscavam esses cuidados formais de pré-natal quando a gestação já estava mais avançada. Nesse sentido, a partir de uma perspectiva antropológica, ela propôs que seria mais adequado e proveitoso pensarmos a questão da mortalidade materna em termos de "vulnerabilidade materna" e "ameaças reprodutivas" do que a partir da linguagem de "riscos obstétricos".

3.2 **Reprodução e desenvolvimento nos objetivos para o novo milênio**

Passados alguns anos desde o lançamento das primeiras iniciativas da OMS para "tornar a maternidade segura", a mortalidade materna ainda permaneceu como uma grande preocupação para a saúde global na virada para o século XXI (CUETO; BROWN; FEE, 2019) – e a sua redução passou a constar como um dos objetivos para o "desenvolvimento global" no novo milênio. Os "Objetivos de Desenvolvimento do Milênio" foram um conjunto de oito objetivos[55] estabelecidos entre os estados-membro da Organização das Nações Unidas (ONU) no ano 2000 para lidar em até 15 anos com alguns dos grandes problemas que já vinham há muito tempo assolando o mundo, como a "fome" e a "pobreza extrema". Os objetivos do milênio eram um arcabouço global de políticas que tinham a ideia de "desenvolvimento" como norteadora das ações tanto no âmbito internacional, quanto nos governos em nível nacional e local/regional (LAZAREVICIUTE, 2020).[56]

A ideia de "desenvolvimento" já foi usada anteriormente como uma noção orientadora de políticas globais de controle populacional que visavam implementar "programas de planejamento familiar". Nas décadas de 1950-1960, houve a emergência de ideias neomalthusianas, nas quais o crescimento populacional era considerado um obstáculo para o desenvolvimento econômico e social; logo, a solução para os problemas nos "países em desenvolvimento" seria a "redução da fertilidade" nesses locais a partir da implementação de programas de "planejamento familiar": o que incluía esterilizações forçadas ou voluntárias e a testagem de contraceptivos em determinadas populações (CUETO; BROWN; FEE, 2019). Mas, como observam Carole Brugeilles e Françoise Lestageas (2018), as perspectivas críticas às ideias neomalthusianas se recusavam a considerar o crescimento populacional como um problema em si, argumentando que essa abordagem seria mais uma expressão do

---

[55] Os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio eram: (1) erradicar a pobreza extrema e a fome; (2) educação básica universal; (3) promover igualdade de gênero e empoderar as mulheres; (4) reduzir a mortalidade infantil; (5) melhorar a saúde materna; (6) combater HIV/AIDS, a malária e outras doenças; (7) garantir sustentabilidade ambiental; e (8) estabelecer parceria global para o desenvolvimento.

[56] As informações que apresento nessa seção sobre as agendas de desenvolvimento lançadas nos anos 2000 e 2015 (Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, respectivamente) foram, em grande parte, retiradas do curso online "Integrando a Agenda 2030 para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável" que participei entre os meses de setembro e novembro de 2020. Esse curso integrou uma estratégia promovida pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e a Petrobras para a "territorialização e aceleração" da agenda de objetivos de desenvolvimento.

imperialismo norte-americano e que o desenvolvimento econômico e social viria a partir da educação da população e de uma partilha mais equitativa da riqueza.[57]

Um exemplo que ficou bastante conhecido nas últimas décadas do século XX foi o caso do contraceptivo feminino de longa duração *Norplant*, conforme observado por Sonia Correa (1994). Segundo a autora, o caso *Norplant* foi objeto de debate entre feministas, pesquisadores e profissionais de saúde envolvendo algumas das controvérsias inerentes à produção social de tecnologias reprodutivas: por um lado, a crescente demanda das mulheres por uma opção contraceptiva de longa duração e, por outro, os riscos para a saúde do novo método e os problemas nos protocolos de pesquisa e na implementação dos programas. Desde aquela época, os movimentos feministas já denunciavam os problemas na obtenção do "consentimento informado" e as estratégias de controle da fecundidade de populações mais pobres.

De acordo com Cueto, Brown e Fee (2019), inicialmente, essas ideias de controle demográfico através de programas de planejamento familiar não receberam o apoio da OMS, que relutava em se posicionar nos debates sobre crescimento populacional e desenvolvimento. Esse posicionamento só veio no final da década de 1960, quando a OMS cedeu, ainda que de forma cautelosa, à pressão dos países membros, das agências bilaterais e da própria ONU, passando a reconhecer a importância do planejamento familiar, não para promover programas de esterilização, mas como parte da prestação de um conjunto de "serviços básicos de saúde" que tinham o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil (CUETO; BROWN; FEE, 2019).

Assim, dentre os oito objetivos para o desenvolvimento do milênio que se iniciava, o quinto objetivo visava nomeadamente "melhorar a saúde materna" (Figura 9); e a melhoria na saúde desse grupo seria atingida a partir do alcance de duas metas: (i) a redução da mortalidade materna em 75% (isto é, subiram a meta anterior de redução, que era de 50%) e (ii) a promoção do "acesso universal à saúde reprodutiva" (o que incluía planejamento familiar, pré-natal e assistência obstétrica ao parto). Como mencionado anteriormente, o pressuposto era de que a maioria das mortes maternas nos países em desenvolvimento seria evitável, principalmente, a partir de "cuidados de saúde apropriados" – o que significava assistência obstétrica prestada por profissionais qualificados. Ou seja, um dos oito objetivos globais era voltado especificamente para a saúde das mulheres – embora somente a um

[57] Para mais informações acerca das políticas reprodutivas na América Latina, ver o dossiê "Nascimentos e Políticas Públicas", publicado em 2018 na revista o *Cahiers des Americas Latin*: https://journals.openedition.org/cal/8754 Acessado em: 04 jan 2023.

âmbito específico de suas vidas, o reprodutivo – e a solução apontada para o problema continuava sendo, em grande medida, biomédica.[58]

Figura 9: Ícones dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

Nota: Destaco o quinto objetivo, de "melhorar a saúde das gestantes", que foi elaborado na cor rosa, cuja representação dos corpos da "mãe" e do "bebê" remetem a formas de coração, sendo o da gestante transparente, dando ênfase para o seu conteúdo.
Fonte: adaptada de United Nations, [s/d].

O estabelecimento de "objetivos claros e monitoráveis", segundo Lazareviciute (2020), teria sido fundamental para "alcançar melhores resultados de desenvolvimento". E o que foi alcançado? De acordo com o boletim informativo publicado pelas Nações Unidas em 2013[59] (faltando, portanto, dois anos para acabar o prazo estabelecido lá no início do ano 2000), embora as metas não tenham sido inteiramente atingidas, todas as regiões obtiveram importantes "progressos" (UNITED NATIONS, 2013). Segundo consta nesse documento, entre 1990 e 2010, estima-se que a mortalidade materna global diminuiu de 400 para 210 óbitos por 100 mil nascidos vivos, e o percentual de mulheres que receberam assistência pré-natal e tiveram seus partos assistidos por "profissional de saúde qualificado" aumentou (Figura 10). Mas, os países em desenvolvimento ainda mantinham uma razão de mortalidade materna muito superior aos índices observados nos países desenvolvidos, revelando que as disparidades de saúde entre os países (e dentro dos países) ainda persistiam.[60] Um dos exemplos citados no relatório aponta que a cobertura de saúde permanecia baixa nos países da África subsaariana e no sul da Ásia, regiões que concentram a maior parte das mortes maternas. O risco de morrer, nesses casos, estaria associado não só à falta de acesso aos

[58] Fonte das figuras 9 e 10 https://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml . Acessado em 06 jan. 2023.

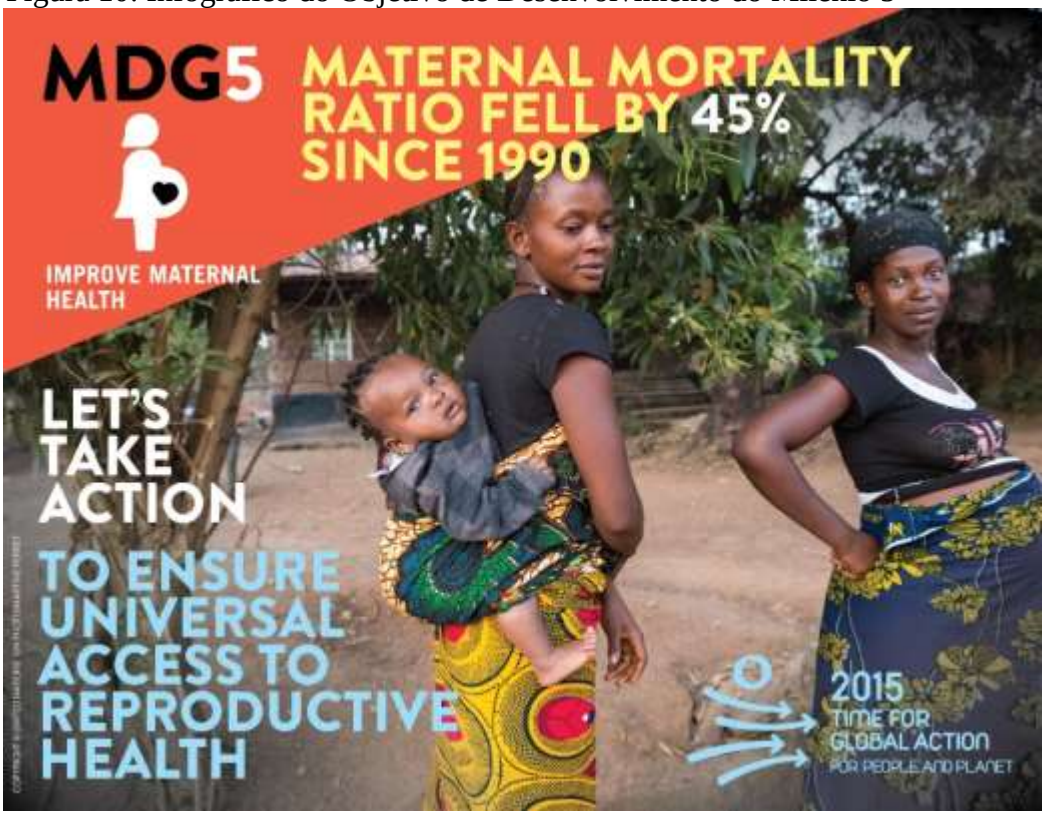
[59] Fonte: https://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Goal_5_fs.pdf Acessado em 06 jan. 2023.

[60] Para mais informações: https://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf . Acessado em 06 jan. 2023.

serviços de saúde, como também aos “baixos níveis de atendimento qualificado” no parto, ao “uso reduzido de métodos contraceptivos” e a “baixa escolaridade”, conforme aponta o trecho a seguir:

> A educação para meninas é fundamental para reduzir a mortalidade materna. O risco de morte materna é 2,7 vezes maior entre mulheres sem escolaridade e duas vezes maior entre as mulheres com um a seis anos de estudo do que entre mulheres com mais de 12 anos de estudo (UNITED NATIONS, 2013, p. 1, tradução nossa, grifo nosso).

Figura 10: Infográfico do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5



Nota: A imagem ao mesmo tempo que mostra o “progresso global” na redução das mortes maternas, chama a atenção para a necessidade de se continuar tomando medidas que garantam o acesso universal à saúde reprodutiva.
Fonte: United Nations, [s/d].

Cabe ressaltar, conforme observado por Allen (2002), que a relação entre reprodução, educação e mortalidade materna já vem sendo descrita desde antes do lançamento da iniciativa para maternidade segura, mas o modo como esses elementos se articulam com as ideias de riscos para a saúde vêm se transformando. Segundo a autora, antes, considerava-se que os altos níveis de mortalidade materna e infantil observados em colônias britânicas no continente Africano, por exemplo, eram associados principalmente às deficiências na dieta e

doenças parasitárias e infecciosas e que as mulheres precisariam ser educadas sobre práticas de higiene e de nutrição adequadas para resolver o problema; já a partir da *Safe Motherhood Initiative*, passou-se a considerar também que grande parte das mortes maternas são resultado de aborto inseguro em casos de gestações "indesejadas" ou "não planejadas" e, nesse caso, o acesso à educação permitiria às mulheres decidirem e controlarem o número e o espaçamento entre as gestações (ALLEN, 2002).

O boletim informativo das Nações Unidas também destacava algumas "estratégias que funcionaram" e "parcerias de sucesso" que foram estabelecidas para melhorar a saúde materna. Dentre os programas considerados exitosos, estavam: a garantia de assistência médica gratuita em Serra Leoa e o programa de transferência condicional de renda na Índia, que atraíram as mulheres para "dar à luz com segurança nos centros de saúde"; a implementação de um "sistema de vigilância nacional em tempo real" em Ruanda que estaria "salvando vidas" ao rastrear "gravidezes de risco" e emitir sinais de alertas no caso de "complicações"; a intensificação do treinamento de parteiras em Bangladesh e no Iêmen, que "voltaram à escola para atualizar os conhecimentos" dentro dos "padrões internacionais de obstetrícia"; e a "Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva" da Somália, cujo o plano para reduzir a mortalidade e a morbidade materna se concentrava em três ações principais: a erradicação de práticas nocivas (como a mutilação genital feminina), a implementação do "parto seguro" (com o aumento do número de parteiras treinadas) e o acesso aos serviços de "espaçamento dos nascimentos" (que estaria baseado na ideia de que um tempo maior entre os nascimentos poderia "reduzir drasticamente a mortalidade materna e aumentar as chances de sobrevivência das crianças"). Ou seja, tirando as intervenções econômicas em Serra Leoa e na Índia – e mesmo nesses locais – todas as "estratégias que deram certo" referiam-se a intervenções biomédicas para o controle da reprodução.

Já as parcerias estabelecidas com foco na melhoria da saúde materna consideradas bem sucedidas faziam referência às iniciativas público-privada que envolviam organizações multilaterais, como a OMS, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), governos locais, a sociedade civil e o setor privado; sendo a participação desse último representada pelas doações de recursos para realização de pesquisas e implementação de programas, tanto por parte de empresas privadas, como a farmacêutica Merck, quanto por instituições filantrópicas, como a Fundação Bill & Melinda Gates (UNITED NATIONS, 2013).

Apesar da mortalidade materna global ter apresentado uma queda de 45% nos primeiros 15 anos do século XXI, muitos países não alcançaram a meta. Ou seja, nesses casos

as estratégias de redução de riscos não produziram os resultados esperados. Como argumentou a antropóloga Erica Van Der Sijpt (2013) a partir de um estudo sobre noções de risco e "práticas de proteção" relacionadas à reprodução em uma aldeia no leste de Camarões,

> [os] programas globais, como a Iniciativa Maternidade Segura ou os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, retrataram a gravidez como algo potencialmente perigoso, arriscado e, às vezes, indesejado, que deve ser evitado ou controlado clinicamente, se necessário (VAN DER SIJPT, 2013, p. 288).

Assim, de acordo com a autora, essa abordagem construiu uma concepção de risco que é ocidentalizada, individualizada, descontextualizada e altamente medicalizada, mesmo quando se leva em consideração outras questões, como os aspectos políticos, econômicos e sociais que estão associados à mortalidade materna (VAN DER SIJPT, 2013).

3.3 **Mortalidade Materna como indicador de desenvolvimento: a arte de torturar um índice até que ele se justifique?**

> A morte e a doença resultantes de complicações na gravidez e no parto são sintomas angustiantes de pobreza e desvantagem. Quando uma mulher engravida em um país em desenvolvimento, suas chances de morrer podem ser até 200 vezes maiores do que as de uma mulher grávida em uma sociedade rica. Para aumentar a conscientização e preocupação sobre a negligência da saúde da mulher, particularmente no mundo em desenvolvimento, o Banco Mundial, a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para Atividades Populacionais patrocinaram conjuntamente uma conferência internacional sobre Maternidade Segura, realizada em Nairóbi, Quênia, em 10-13 de fevereiro de 1987. Tomadores de decisão de muitos países em desenvolvimento consideraram o que precisa ser feito para aliviar a situação desesperadora. O Presidente do Banco Mundial discursou na conferência, e o Fórum Mundial de Saúde tem o prazer de publicar o texto completo de seu discurso abaixo.
> [...]
> A decência comum nos diz que é intolerável que 1400 mulheres morram todos os dias no processo de carregar ou dar à luz seus filhos.
> [...]
> As mulheres do terceiro mundo são as mais pobres entre os pobres, mas seu trabalho pode fazer a diferença entre a pobreza e a esperança.
> [...]
> Os esforços que as mulheres pobres fazem para se encarregar de suas vidas produtivas e reprodutivas são o que mais importará.
> [...]
> Enquanto as mulheres em todo o mundo obtiveram ganhos significativos no mercado de trabalho, as mulheres rurais e aldeãs no terceiro mundo e as pobres urbanas continuam sobrecarregadas e mal recompensadas (CONABLE, 1987, tradução nossa).

Esse epígrafe traz alguns trechos destacados do discurso do ex-Presidente do Banco Mundial, Barber B. Conable, sobre a então recém-lançada iniciativa internacional para a "Maternidade Segura". Desde as últimas décadas do século XX, a mortalidade materna se configurou como um importante indicador usado pelas agências internacionais para avaliar o estado de saúde de populações – de forma bastante simplificada, isso significaria que, onde morre-se pouco por "causas maternas", a saúde geral da população seria relativamente boa. Esse indicador permitiria também verificar o nível de "desenvolvimento/progresso" dos países, bem como realizar a comparação entre os países e entre as regiões. A partir do discurso de Conable, nota-se que a preocupação estaria relacionada não só ao alto número de mortes maternas, mas também à disparidade entre países ricos e pobres. Essa distribuição desigual refletia o fato de que algumas mulheres no mundo, especialmente "as mais pobres entre os pobres", enfrentam mais riscos quando engravidam. É possível observar também que havia o reconhecimento de uma associação moral entre problemas no processo reprodutivo e no processo produtivo: para as "mulheres de terceiro mundo", o "processo de carregar ou dar à luz seus filhos" é mais arriscado; e essas mesmas mulheres, cujo "trabalho pode fazer a diferença entre a pobreza e a esperança", permanecem "sobrecarregadas e mal recompensadas".

No entanto, os estudos etnográficos que abordam a questão da implementação dessas políticas globais em nível local mencionados anteriormente apontaram problemas em relação à dificuldade na medição, à clareza e à confiabilidade das estatísticas produzidas sobre mortalidade materna – que seriam "culpadas até que se provem inocentes", como observam Storeng e Béhague (2017). Além dos problemas de subnotificação, de classificação incorreta e das diferenças nos mecanismos de medição da mortalidade materna[61] (COSMINSKY, 2012), podem existir também diferenças na forma como as estatísticas são apresentadas e interpretadas, o que pode afetar, por sua vez, no modo como elas serão usadas para prevenir mais mortes (ALLEN, 2002). Segundo Allen, as informações estatísticas muitas vezes são confusas, especialmente para não especialistas, mas dão a impressão de que é algo muito importante e, ao mesmo tempo, óbvio. A autora ressalta que, apesar desse poder inegável exercido pelos números, as representações estatísticas produzem "efeitos homogeneizadores", como aquele promovido pela história da Sra. X. que congelou e uniformizou as experiências

[61] Segundo Storeng e Béhague (2017), a coleta de dados e análise da mortalidade materna seria dispendiosa em termos de tempo e recursos, porque de modo geral as mortes maternas são pouco frequentes em nível populacional, o que exige amostras grandes para que se possa alcançar uma precisão.

de todas as “mulheres de terceiro mundo”, reduzindo a complexidade das experiências cotidianas das pessoas que ela representava (ALLEN, 2002).

Como argumenta Potvin (2015), as construções discursivas dos projetos de desenvolvimento integram um sistema de relações de poder global (que sustenta uma autoridade material e imaginada do ocidente), no qual organizações, instituições e especialistas ocidentais definem o que é “desenvolvimento”, como alcançá-lo e, principalmente, quem são seus alvos legítimos.[62] Com isso, são construídas representações sobre as mães como alvos ideais dos programas de desenvolvimento, nas quais a diversidade e a agência das mulheres são apagadas. Segundo a autora, além dos efeitos materiais desses programas e intervenções na vida das mulheres, os discursos de desenvolvimento promovem também uma “colonização discursiva das mulheres do mundo em desenvolvimento”, que se baseia em “mitos de gênero” acerca da maternidade (como o de que as mães são altruístas, precisam de “empoderamento” e de que existiria uma identidade e experiência materna universal) “que servem para reforçar os fundamentos morais e éticos das intervenções, ao mesmo tempo em que confirma a capacidade dessas intervenções de instigar mudança” (POTVIN, 2015, p. 26).

Ademais, se por um lado a ênfase dada aos indicadores quantitativos e “monitoráveis”, especialmente a redução da mortalidade materna, foi impulsionada pela necessidade de garantir visibilidade e prioridade política para uma “maternidade segura” nos “países em desenvolvimento”, por outro, ela também buscava atender às necessidades de monitorar e, principalmente, de justificar os resultados dos investimentos de doadores privados (STORENG; BÉHAGUE, 2017).

As antropólogas Katerini Storeng e Dominique Béhague (2017) apresentam, a partir de um estudo etnográfico sobre a dinâmica política e social das pesquisas em saúde global, uma análise sobre o desenvolvimento e tensões em torno do uso de indicadores de mortalidade materna nesse campo, especialmente no movimento internacional *Safe Motherhood Initiative*. Segundo as autoras, o então Diretor Geral da OMS, Halfdan Mahler, em seu discurso na conferência de Nairóbi, afirmou que a compreensão do problema da mortalidade materna estava baseada em “estimativas sólidas”. No entanto, as autoras observam que desde o seu lançamento, a iniciativa para maternidade segura advertia sobre os desafios de medição da mortalidade materna, a falta de fontes de dados confiáveis e a

[62] Potvin (2015) baseia sua análise no conceito de “orientalismo”, tal como o proposto por Edward Said (2003), no qual as representações produzidas acerca do “mundo em desenvolvimento” servem para legitimar tanto a autoridade ocidental quanto as intervenções sobre esse “outro” não-ocidental-em-desenvolvimento.

subnotificação de “causas maternas” como causas dos óbitos, especialmente nos países de baixa renda. Isso funcionava como “gargalos de medição” ao não permitir a produção de estatísticas confiáveis sobre mortalidade a partir de indicadores básicos (idade, sexo e causa de morte) para a compreensão do perfil de saúde pública de um país, o que estava levando, por sua vez, à negligência da saúde materna, tanto nas pesquisas quanto nas políticas e programas de saúde, em um “ciclo vicioso” (STORENG; BÉHAGUE, 2017).

De acordo com Storeng e Béhague (2017), nos primeiros anos da *Safe Motherhood Initiative* os especialistas em medição (epidemiologistas, estatísticos e demógrafos) chegaram a debater se o “custo de medir a mortalidade materna” se justificava, e começaram a trabalhar no desenvolvimento de outros indicadores que poderiam substituir esse índice, como os indicadores para avaliar a oferta e o acesso das pessoas aos serviços de saúde e avaliar morbidade obstétrica grave (como o chamado de “near miss materno”[63], que são mais frequentes do que as mortes maternas e, portanto, seriam mais fáceis de medir). No entanto, as autoras observam que, apesar dos debates em prol de uma abordagem mais ampla da saúde materna, o trabalho de medição na virada do milênio foi direcionado para as estimativas de “mortalidade materna global”. Esse direcionamento visava atender a demanda não só das agências das Nações Unidas, empenhadas em publicar novos dados a cada cinco anos como parte do “monitoramento do progresso” em direção aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, mas principalmente dos financiadores privados, como a Fundação Gates, que queriam avaliar o impacto de seus investimentos em “salvar vidas”. Segundo as autoras, o uso de análises de “custo-eficácia” para orientar a definição de prioridades consolidou ainda mais a ideia de que os investimentos em saúde devem fornecer “valor ao dinheiro”, isto é, “eles [os doadores] querem ver exatamente ‘quantas vidas meus $500.000 salvaram’” (STORENG; BÉHAGUE, 2017, p. 167, tradução nossa).

Apesar da inclusão da saúde materna entre os objetivos de desenvolvimento ter gerado visibilidade e comprometimento político para uma “maternidade segura”, as autoras observam que havia uma preocupação em como manter o interesse dos financiadores, dadas as dificuldades para monitorar o progresso em direção aos objetivos globais. Além disso, os especialistas em medição afirmavam que a inclusão de “outros indicadores” não possuía o mesmo peso político do que demonstrar uma redução na taxa de mortalidade materna. Esses fatores favoreceram o desenvolvimento de programas de pesquisas e o aprimoramento de

[63] A OMS definiu near miss materno, ou “quase morte materna”, como os casos em que uma mulher sobrevive a uma complicação grave (uma condição ameaçadora à vida), ocorrida durante a gravidez, o parto ou em até 42 após o término da gravidez (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

modelos matemáticos de estimativas de mortalidade materna globalmente comparáveis, que visavam "fortalecer a tomada de decisão baseada em evidências" e "avaliar intervenções e estratégias de melhoria com boa relação custo-eficácia" (STORENG; BÉHAGUE, 2017). Para Storeng e Béhague (2017), essas práticas dos especialistas, cada vez mais voltadas para o fornecimento de dados que justifiquem os investimentos dos doadores, vinculam-se às "micro práticas do neoliberalismo", tendo em vista que o estabelecimento de prioridades de saúde a partir de lógicas de custo-eficácia e modelos de gestão de negócios se ajusta perfeitamente às aspirações políticas das reformas neoliberais.

Storeng e Béhague (2017) argumentam que o imperativo de responder às demandas dos doadores e o impulso para "monitorar o progresso em direção aos objetivos globais" causaram um efeito não intencional, mas significativo, de desviar a atenção dos problemas de monitoramento epidemiológico nacionais e subnacionais, fazendo muito pouco para ajudar os países a estabelecer sistemas de informação de saúde adequados. Para as autoras, mesmo que esses dados "globais" pudessem revelar precisamente a magnitude da mortalidade materna, isso ainda teria um valor limitado para informar os debates locais sobre como melhorar os resultados de saúde, isto é, "abre a possibilidade de 'atingir a meta' de redução da taxa de mortalidade materna, mas 'perde o objetivo' de melhorar a saúde materna" (STORENG; BÉHAGUE, 2017, p. 172).

3.4 **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: ainda tem (muita) gente ficando para trás**

Dando continuidade à agenda desenvolvimentista iniciada no ano 2000, as Nações Unidas lançaram em 2015 os "Objetivos do Desenvolvimento Sustentável", uma agenda que busca promover até o ano de 2030 o "desenvolvimento econômico, social e ambiental sustentável do planeta" (Figura 11).

O conceito de "desenvolvimento sustentável" foi usado pela primeira vez em 1987 (no mesmo ano do lançamento da *Safe Motherhood Initiative*) no relatório elaborado pela Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, o "Relatório *Brundtland*", que o definiu como: "O desenvolvimento que procura satisfazer as necessidades da geração atual, sem comprometer a capacidade das gerações futuras de satisfazerem as suas próprias necessidades". Isto é, significa alcançar "um nível satisfatório de desenvolvimento social e

econômico e de realização humana e cultural, fazendo, ao mesmo tempo, um uso razoável dos recursos da terra e preservando as espécies e os *habitats* naturais" (LAZAREVICIUTE, 2020). Nesse sentido, o conceito de "desenvolvimento sustentável" ao mesmo tempo que traz uma ideia de evolução e melhoria, define que esse "progresso" deve considerar os possíveis efeitos danosos no futuro daquilo que se faz no presente, fazendo da avaliação de riscos, portanto, algo cada vez mais necessário atualmente.

Essa ideia se popularizou após a realização da conferência das Nações Unidas na cidade do Rio de Janeiro em 1992, a RIO 92, tendo sido atrelado principalmente às questões ambientais. Nas últimas décadas, esse conceito foi ampliado e passou a ser orientado por outros dois elementos além da proteção ao meio ambiente: o crescimento econômico e a inclusão e justiça social.

Figura 11: Ícones dos dezessete Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Fonte: adaptada de United Nations, [s/d]..

Assim como os objetivos do milênio, os objetivos sustentáveis também reconhecem que a saúde das populações está diretamente relacionada à erradicação da pobreza e das desigualdades, bem como ao crescimento econômico inclusivo e à preservação do planeta. Mas, diferente do que foi pautado no passado, a agenda atual não apresenta um objetivo específico para a saúde das mulheres ou para a saúde materna. O quinto objetivo do milênio de "melhorar a saúde materna" foi diluído entre vários objetivos,[64] sendo incorporado

[64] Por exemplo, o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 2, que trata da erradicação da fome e garantia da "segurança alimentar", possui uma meta (2.1) voltada para assegurar as necessidades nutricionais de mulheres grávidas e lactantes; e o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5, que aborda a igualdade de gênero e o

principalmente ao terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável, "Saúde e Bem-Estar", que visa "assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades".[65] Esse objetivo seria atingido a partir do alcance de treze metas, dentre as quais a redução da mortalidade materna global ainda figura como a primeira meta – o que pode representar um desafio em épocas de pandemia.[66] Isto é, dentro desse objetivo mais amplo de promover a saúde e bem-estar das populações, a primeira meta pretende reduzir para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos até 2030 ou, para os países que possuem um índice abaixo desse número, reduzir à metade o total de mortes maternas.

A redução da mortalidade materna aparece como uma meta a ser alcançada tanto nos objetivos do milênio quanto nos objetivos de desenvolvimento sustentável, mas o modo como elas foram estabelecidas mudou de uma *redução proporcional* (dada em termos percentuais) para uma *redução absoluta* (dada em números), pressionando mais os países e regiões que possuem taxas mais elevadas ao fixar para esses locais uma redução numericamente maior. Os objetivos de desenvolvimento também diferem entre si em relação ao processo de elaboração, abrangência e foco. Enquanto os primeiros foram produzidos por um grupo de especialistas "a portas fechadas", os atuais são fruto de uma longa negociação que envolveu sociedade civil organizada, academia, setor privado e governos de 193 países-membros das Nações Unidas. Os 17 objetivos de desenvolvimento sustentável e suas 169 metas também são mais progressistas e abrangentes que os objetivos do milênio, passando a integrar as três dimensões do "desenvolvimento sustentável": a ambiental (conservação de ecossistemas terrestres e aquáticos, combate à mudança do clima, etc.); a econômica (erradicação da pobreza, redução das desigualdades de renda, promoção da industrialização e consumo

---

"empoderamento" de mulheres e meninas, busca "assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos" (meta 5.6).

[65] O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 visa, até 2030: (3.1) reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos; (3.2) reduzir a mortalidade neonatal e infantil; (3.3) combater doenças transmissíveis; (3.4) reduzir a mortalidade por doenças não transmissíveis; (3.5) reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias (drogas entorpecentes e álcool); (3.6) reduzir a mortalidade por acidentes em estradas; (3.7) garantir acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva; (3.8) atingir a cobertura universal de saúde; (3.9) reduzir mortes e doenças por produtos químicos e decorrentes da poluição; (3.a) fortalecer o controle do tabaco; (3.b) apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos e proporcionar o acesso às "tecnologias e inovações em saúde" para todos; (3.c) aumentar o financiamento da saúde e o treinamento e retenção de profissionais da saúde nos países em desenvolvimento; e (3.d) reforçar a capacidade de todos os países, especialmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais à saúde.

[66] Em 2009, por exemplo, durante a pandemia de gripe causada pelo vírus influenza A (H1N1), houve um aumento no número de mortes maternas, afetando o desempenho de alguns países que estavam conseguindo reduzir a mortalidade materna, como no Brasil, conforme observou Souza (2013).

sustentável, geração de empregos e inovação tecnológica, etc.) e a social (promoção da igualdade de gênero e do acesso universal à educação, melhoria das condições de moradia e da saúde e bem-estar de todos, entre outros). Além disso, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio focavam prioritariamente em problemas que seriam específicos de países de baixa e média renda, já os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável seriam universais e aplicáveis a todos os países, incluindo os de alta renda.

Allen (2002) observa que desde meados dos anos 1980, como consequência do aumento no volume de pesquisas sobre questões relativas à saúde das mulheres produzidas na década anterior (1976–1985), a "Década para as Mulheres" das Nações Unidas, a atenção internacional se concentrou na mortalidade materna nos países em desenvolvimento. Ao analisar as consequências da implementação dessas intervenções em nome do "desenvolvimento", a autora chama a atenção para o modo como o discurso moral de "salvar vidas" pode construir tipos particulares de verdades sobre certas sociedades, e sobre grupos específicos dentro dessas sociedades (por exemplo, como aconteceu com as *comadronas* na Guatemala), produzindo um conjunto de "efeitos não intencionais". Para Allen, quando os planejadores do desenvolvimento mantêm ideias pré-concebidas sobre algumas populações ou países, as intervenções tendem a não cumprir com o prometido justamente porque são pensadas e implementadas com base em definições genéricas, sem reconhecer os contextos históricos, políticos e culturais específicos que poderiam contribuir para o "problema de desenvolvimento" de um determinado país. Ademais, como argumenta Brunson (2010), o enfrentamento da mortalidade materna, a partir de ideias desenvolvimentistas, faz parte de um projeto de modernidade que passa pela adoção de ferramentas do modelo biomédico para o controle da natalidade, planejamento familiar e manejo ativo do nascimento. Segundo a autora, para aqueles que adotam a perspectiva de uma "epidemiologia reprodutiva", "os corpos, as ações e os diversos domínios da reprodução passam a ser vistos pela linguagem técnica da saúde e pela lente do risco" (BRUNSON, 2010, p. 1726).

Com o lema de "não deixar ninguém para trás", a agenda de desenvolvimento pós-2015 propõe "um plano de ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e garantir que todas as pessoas alcancem a paz e a prosperidade, independente de sexo, idade, raça/etnia, orientação sexual, nacionalidade, religião ou qualquer outra condição" (LAZAREVICIUTE, 2020). Contudo, ao que parece, ainda tem muita gente ficando para trás.

Um bom exemplo disso é o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5 que busca "alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas".[67]

Castiblanco-Moreno, Barbosa-Camargo e Isaza-Castro (2022) argumentam que apesar de ter acontecido uma mudança no discurso das organizações internacionais, que passou a enfatizar nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável uma ideia de "desenvolvimento humano", a promoção da igualdade de gênero ainda é considerada por seu valor instrumental como "investimento com alta taxa de retorno" nos países em desenvolvimento. Cabe destacar também que, embora o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5 trate de questões relevantes acerca das desigualdades no mercado de trabalho e na participação política, das discriminações e violências de diferentes tipos e que acontece em diversas instâncias, bem como a dificuldade de assegurar os direitos sexuais e reprodutivos de meninas e mulheres, o alcance da igualdade de gênero permanece fundamentado em uma concepção de gênero que é binária, conforme apresentado no verbete "gênero" no glossário de termos publicado pelo escritório das Nações Unidas no Brasil:

> Gênero refere-se a papéis, comportamentos, atividades e atributos que uma dada sociedade em um dado momento considera apropriado para homens e mulheres. Além dos atributos sociais e oportunidades associadas com ser homem ou mulher e as relações entre mulheres e homens, meninas e meninos, o gênero também se refere às relações entre mulheres e aquelas entre os homens. Estes atributos, oportunidades e relações são socialmente construídas e são aprendidas por meio de processos de socialização. Elas são específicas a um contexto e a um tempo, bem como são mutáveis. O gênero determina o que é esperado, permitido e valorizado em uma mulher ou em um homem em um determinado contexto. Na maioria das sociedades, há diferenças e desigualdades entre mulheres e homens nas responsabilidades que lhes foram atribuídas, atividades realizadas, acesso e controle sobre recursos, bem como oportunidades quanto à tomada de decisão. *O gênero é parte do contexto sociocultural mais amplo e junto com raça e etnia, ao menos no Brasil, conformam componentes de desigualdades estruturantes, onde mulheres e população negra apresentam os piores indicadores socioeconômicos.* Outros critérios igualmente importantes para a análise sociocultural são classe, nível de pobreza, orientação sexual e identidade de gênero, idade, etc (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2016, p. [17]).

[67] As seis metas do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5 são: (5.1) acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte; (5.2) eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos; (5.3) eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças e mutilações genitais femininas; (5.4) reconhecer e valorizar o trabalho de assistência e doméstico não remunerado, por meio da disponibilização de serviços públicos, infraestrutura e políticas de proteção social, bem como a promoção da responsabilidade compartilhada dentro do lar e da família, conforme os contextos nacionais; (5.5) garantir a participação plena e efetiva das mulheres e a igualdade de oportunidades para a liderança em todos os níveis de tomada de decisão na vida política, econômica e pública; e (5.6) assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2016).

Isto é, ainda que o gênero seja considerado como uma construção social contingente e fluída acerca das relações, comportamentos, atividades, atributos e oportunidades, de acordo com as Nações Unidas, esse conceito determinaria "o que é esperado, permitido e valorizado em uma mulher ou em um homem", reafirmando com isso uma abordagem cis heteronormativa de sociedade que historicamente vem oprimindo e marginalizando aqueles que não se adequam a essa cis-hetero-norma. Isso, portanto, acaba deixando de fora dessa construção política todas as pessoas que não se identificam com e/ou performam os papéis de gênero comumente atribuídos a "homens" e "mulheres", incluindo pessoas transgênero, transsexuais, não binárias, queer e/ou intersexo em todos os contextos.

Ademais, é importante ressaltar que, embora haja o reconhecimento de que, assim como gênero, raça e etnia também são "componentes de desigualdades estruturantes", conforme destacado no trecho acima, as questões envolvendo disparidades étnicas e raciais, especialmente no que se refere à saúde, e o grave problema do racismo não foram contemplados em nenhum dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Ou melhor, quando citadas, raça e etnia aparecem apenas como "marcadores", com um dado, sem que haja qualquer menção sobre o modo como isso se sobrepõe e/ou se articula com outros "determinantes sociais", nem como os processos de racialização vêm impactando na saúde e no "desenvolvimento" das populações.

Conforme foi possível concluir a partir desses estudos, as estratégias para a redução da mortalidade materna, por mais bem intencionadas que fossem, falharam em reconhecer o modo como noções culturais locais e situadas acerca dos riscos associados à reprodução se articulam com fatores sociais e econômicos mais amplos, afetando os cuidados de saúde. Com isso, "as metas" não foram alcançadas e as mulheres pobres nos "países em desenvolvimento" continuaram sendo as que mais morrem no mundo, revelando a permanência das desigualdades globais em relação à saúde reprodutiva.

Cabe ressaltar que essa desigualdade reprodutiva – ou "estratificação da reprodução", como argumentam Ginsburg e Rapp (1995)[68] – está atrelada à "intersecção" (CRENSHAW, 2018, 2019) de marcadores sociais da diferença, como gênero, sexualidade, raça, classe, idade, nacionalidade, entre outros, em contextos históricos, políticos e econômicos específicos, nos quais certos arranjos hierárquicos que organizam a vida social produzem

[68] Ginsburg e Rapp usam o conceito de "reprodução estratificada" de Shelle Colen para descrever "as relações de poder pelas quais algumas categorias de pessoas são empoderadas para nutrir e reproduzir, enquanto outras são desempoderadas" (1995, p. 3). Segundo as autoras, o conceito de reprodução estratificada nos ajuda a pensar sobre os arranjos hierárquicos nos quais alguns corpos são mais regulados que outros.

identidades culturais, não só da “boa mãe” e “boa cidadã” (BROWNER, 2012), mas também das pessoas que seriam “melhores”, “mais aptas” ou “mais capacitadas” para ter filhos ou para serem “guardiãs dos saberes” sobre reprodução (GINSBURG; RAPP, 1995).

Como argumenta Browner (2012, p. x), “esse projeto de construção de identidade cultural justifica a implementação de políticas destinadas a regular quais grupos serão estimulados a ter filhos e quais não” – políticas essas que, na maioria das vezes, são sustentadas por um projeto para normalizar comportamentos e intensificar a medicalização das gravidezes e dos partos, fazendo da regulação da reprodução um dispositivo central nas agendas de “modernização” e “desenvolvimento” globais.

4 RISCO NAS RECOMENDAÇÕES DA OMS PARA GRAVIDEZ E NASCIMENTO

Como vimos até aqui, o problema da mortalidade ocupou grande parte das preocupações internacionais com a saúde materna na passagem do século XX para o XXI. Mas, a OMS também lançou outras recomendações globais paralelamente à *Safe Motherhood Initiative*. Essas diretrizes, como veremos a seguir, buscavam transformar as práticas de assistência pré-natal e ao parto, especialmente nos locais onde o processo de medicalização do par gravidez-parto já estava consolidado.

4.1 Tecnologia apropriada para o parto

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde realizou uma conferência na cidade de Fortaleza, Brasil, sobre "tecnologia apropriada para o parto". A conferência foi promovida pelos escritórios regionais da OMS da Europa e das Américas, reunindo gestores e profissionais de saúde (como administradores, médicos, psicólogos e enfermeiros), pesquisadores (entre epidemiologistas, antropólogos e sociólogos) e "mães [sic]" para discutir sobre o uso das tecnologias que seriam mais adequadas para o momento do nascimento.

Cabe relembrar que alguns anos antes da conferência e publicação da Carta de Fortaleza, havia se formado um movimento dentro do próprio campo da obstetrícia que criticava a forma "intervencionista" de assistência ao parto em vigor nos países desenvolvidos e em alguns países em desenvolvimento (DINIZ, 2001) – um "modelo tecnocrático" de assistência aos nascimentos, conforme descreve Davis-Floyd (2001).[69] Para Diniz (2001), a partir da rápida expansão no uso de diversas tecnologias na assistência com o objetivo de controlar o processo de parturição de modo a torná-lo "mais normal", muitas intervenções passaram a ser utilizadas desnecessariamente e de forma arriscada, já que não teriam passado por uma avaliação acerca da efetividade ou segurança dessas práticas. Assim, a partir da

[69] A antropóloga Robbie Davis-Floyd (2001) descreve três paradigmas de cuidados de saúde – tecnocrático, humanístico e holístico – que influenciam no modo como o parto é percebido e como se atua sobre ele: "esses modelos diferem fundamentalmente em suas definições sobre o corpo e sua relação com a mente e, portanto, nas abordagens de cuidados de saúde que eles estabelecem " (DAVIS-FLOYD, 2001, p. s5). Para Davis-Floyd (2001), o "modelo tecnocrático" seria fortemente orientado por ideologias patriarcais, pelo lucro econômico e pelo desenvolvimento e aplicação da ciência e da tecnologia na medicina.

formação de um comitê regional na Europa no Ano Internacional da Criança, em 1979, iniciou-se uma força tarefa, que contou com o apoio da OMS, para sistematizar os estudos de eficácia e segurança de intervenções utilizadas rotineiramente na assistência (DINIZ, 2001). Para Diniz (2005), essa colaboração internacional evidenciou não só a falta de efetividade e segurança de diversas práticas, mas também operou uma extensa reformulação de sentidos associados ao parir e nascer:

> O corpo feminino, antes necessariamente carente de resgate, é redescrito como apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções ou sequelas previsíveis. O nascimento, antes um perigo para o bebê, é redescrito como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extra-uterina. O parto, antes por definição um evento médico-cirúrgico de risco, deveria ser tratado com o devido respeito como 'experiência altamente pessoal, sexual e familiar' [...]. De evento medonho, o parto passa a inspirar uma nova estética, na qual estão permitidos os elementos antes tidos como indesejáveis (DINIZ, 2005, p. 630).

Contudo, segundo consta no documento publicado na revista *The Lancet* que apresenta as deliberações dessa reunião, ainda se partia da premissa de que "*o parto é um processo natural e normal, mas mesmo em 'gestações sem risco' podem gerar complicações. Às vezes, a intervenção é necessária para obter o melhor resultado*" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985, p. 436, tradução nossa, grifo nosso). Isto é, embora houvesse o reconhecimento de que o parto é um "processo fisiológico" que acontece "sem necessidade de quaisquer intervenções ou sequelas previsíveis", como argumenta Diniz (2005), o debate sobre o uso de tecnologias que seriam mais apropriadas estava fundamentado no pressuposto de que este é um evento arriscado *per se*, e que uma parcela das mulheres (por volta de 20%) vai precisar de assistência especializada mesmo quando a gravidez ocorre "sem riscos"[70]. Assim, a gestação e o parto devem ser alvo de monitoramento contínuo, e de intervenção médica sempre que se julgar "necessário", em prol do "melhor resultado" (não morrer?).

A partir dessa revisão das intervenções usadas rotineiramente na assistência, a OMS formulou algumas recomendações gerais, e outras que eram mais específicas quanto ao uso de determinados procedimentos no trabalho de parto. As recomendações gerais estavam relacionadas principalmente à formação profissional, incluindo a capacitação de parteiras tradicionais (como na *Safe Motherhood Initiative*), a modificação das atitudes da equipe de

[70] Chamo a atenção para o fato de que, no documento, a expressão "gestações sem risco" é a única expressão em todo o texto que aparece entre aspas – a meu ver, para destacar alguma questão com o uso do termo. Observo que o problema pode estar relacionado à ideia de que, em se tratando de gravidez e parto, "não existe risco zero", como me falou uma doula há alguns anos, quando eu estava pesquisando sobre essa categoria profissional no Brasil (Notas de campo).

saúde para garantir a continuidade no acompanhamento (da gravidez ao parto) e a realização de mais pesquisas que avaliassem as tecnologias usadas na assistência. Já dentre as recomendações específicas envolvendo as intervenções, desde aquela época se considerava que tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), enema (lavagem intestinal), amniotomia (ruptura artificial da bolsa amniótica), episiotomia (corte no períneo) e a administração de analgésicos e anestésicos eram intervenções que não deveriam ser realizadas de forma rotineira, tendo em vista a "falta de evidências" que justificasse esse tipo de uso. Outras intervenções, como o monitoramento fetal eletrônico, a indução do parto e a cirurgia cesariana, deveriam ser reservadas para quando existisse "indicações médicas", somente; sendo que as taxas de indução e de cesárea deveriam seguir o padrão de alguns países desenvolvidos e não ultrapassar 10-15% em relação ao total de nascimentos, como observado nos trechos a seguir: "Nenhuma região deve ter taxas de parto induzido superiores a 10% [...] Os países com algumas das taxas de mortalidade perinatal mais baixas do mundo têm taxas de cesariana inferiores a 10%. Não há justificativa para qualquer região ter uma taxa superior a 10-15%" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985, p. 437, tradução nossa).

Já existia também, desde aquele período, o reconhecimento de que "fatores sociais, emocionais e psicológicos são fundamentais para entender como fornecer cuidados perinatais adequados" e que as mulheres deveriam ter um papel central nas decisões sobre esses cuidados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985). Assim, além das recomendações específicas relacionadas às intervenções médicas, a OMS também indicava a necessidade de assegurar à todas as mulheres alguns direitos, como o de ter acesso a um pré-natal adequado, de ser acompanhada por um membro da família e receber suporte emocional durante o trabalho de parto, de ser informada sobre os procedimentos de assistência ao parto, de escolher livremente qual posição adotar durante o parto, de decidir sobre todas as práticas culturalmente significativas (como vestimentas, alimentação, eliminação da placenta e outras) e de permanecer com o bebê ao seu lado logo após o nascimento e amamentá-lo assim que possível.

Cabe ressaltar que, nessa época, começava a se estabelecer nos debates internacionais uma articulação mais contundente entre saúde e direito, na qual a linguagem dos direitos passou a conferir força e legitimidade às reivindicações relacionadas à saúde (VENTURA, 2009). Mas, vale relembrar também que, embora o termo "direitos reprodutivos" tenha ganhado força e popularidade nesse período, suas raízes são mais antigas (CORRÊA; PETCHESKY, 1996). Segundo Ventura (2009), essa ideia foi fruto, em grande parte, das reivindicações de movimentos feministas anteriores pela autonomia corporal e controle da

própria fecundidade. De acordo com a autora, antes, a agenda dos direitos reprodutivos era marcada pela luta em prol da descriminalização do aborto e acesso à contracepção, mas a partir dos anos 1980-1990 assumiu uma abordagem mais "pró-natalista", passando a incorporar questões relacionadas à concepção e novas tecnologias reprodutivas.

Conforme observam Corrêa e Petchesky (1996), o conceito de "direitos sexuais e reprodutivos" nas políticas populacionais globais foi alvo de contestação tanto por parte de conservadores e religiosos fundamentalistas, quanto por uma parcela do próprio movimento feminista que se mostrava cético em relação aos reais objetivos da adoção da linguagem dos direitos nos programas de "redução da fertilidade": sua linguagem indeterminada, com presunção de universalidade (que não reconhecia as diferenças de gênero, classe, raça, cultura, entre outras) e tendência individualista (que exaltava a ideia dos direitos reprodutivos como "liberdades" e "escolhas" individuais, sem considerar que essas noções podem não fazer sentido em contextos que não permitem o exercício destes e de outros direitos fundamentais) foram algumas das críticas apresentadas por teóricas feministas (CORRÊA; PETCHESKY, 1996).

Assim, como apresentado previamente, as políticas globais de "planejamento familiar" para controle populacional implementadas nas décadas anteriores, como aconteceu na Índia (com a política de esterilização por vasectomia) e na China (com a política do filho único), receberam duras críticas dos movimentos feministas pela abordagem racista e abusiva, cuja "agenda oculta" seria a de reduzir/eliminar a reprodução de populações não-brancas: "em áreas rurais e favelas de países pobres as mulheres eram esterilizadas sem consentimento, geralmente após o parto" (CUETO; BROWN; FEE, 2019, p. 164, tradução nossa).

Sem jogar fora o bebê com a água do banho, a perspectiva feminista (principalmente aquela trazida pelos movimentos de mulheres negras sul e norte-americanas) propunha, então, novas bases éticas para os direitos sexuais e reprodutivos, cujos princípios inegociáveis eram: a integridade corporal, a autonomia pessoal, a igualdade e a diversidade (CORRÊA; PETCHESKY, 1996). Com isso, segundo Corrêa e Petchesky, houve também uma tentativa de expandir o significado desses direitos, de modo a abarcar as condições estruturais e as necessidades sociais que impactam e podem restringir as decisões reprodutivas.

Nesse sentido, a OMS e outras agências multilaterais passaram a adotar a nova perspectiva, reconhecendo os erros das políticas populacionais coercitivas implementadas até então, propondo uma agenda mais progressista (CUETO; BROWN; FEE, 2019). Cueto, Brown e Fee (2019) observam que houve uma transição dos programas de "planejamento

familiar" da década de 1960, que contavam apenas com um apoio cauteloso por parte da OMS, para uma nova perspectiva de "saúde reprodutiva":

> em meados da década de 1990, os termos 'planejamento familiar' e 'controle de natalidade' foram substituídos por novos conceitos defendidos pela ONU, incluindo 'saúde sexual e reprodutiva', 'direitos das mulheres' e 'direitos sexuais e direitos reprodutivos', apontando para uma mudança de paradigma (CUETO; BROWN; FEE, 2019, p. 146–147).

Mas, a noção de direitos reprodutivos como um direito humano só se consolidou oficialmente no âmbito das discussões internacionais a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada em 1994, no Cairo, Egito, quando esses direitos foram reconhecidos como fundamentais para o desenvolvimento das nações. De acordo com Ventura, esse foi apenas um passo inicial para o reconhecimento de direitos individuais no âmbito reprodutivo, que permitiu fundar os princípios, valores e objetivos norteadores das políticas globais – algo que, na prática, ainda não se tornou universal, tendo em vista as inúmeras dificuldades para garantir a efetivação desses direitos para certos grupos sociais e segmentos populacionais, principalmente em locais que ainda carecem de ordenamento jurídico ou, até mesmo, de reconhecimento por parte dos governos sobre tais questões (VENTURA, 2009; BRUGEILLES; LESTAGE, 2018).

4.2 **Um guia prático para a assistência ao parto**

Segundo Diniz (2001), a partir da criação da cooperação internacional que buscava avaliar as tecnologias usadas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, citada anteriormente, houve o aprimoramento da metodologia para reunir, sistematizar e analisar pesquisas produzidas até então sobre as intervenções empregadas rotineiramente na assistência, em especial os estudos controlados randomizados (ECR)[71]. Essa força tarefa, influenciada pelas ideias propagadas pelo epidemiologista britânico Archie Cochrane[72] e apoiada pela OMS,

[71] Nas palavras de Diniz (2001, p. 2), "este processo envolveu a utilização de estudos randomizados controlados (randomized controlled trials) como método preferencial de pesquisa, e o uso da metanálise como instrumento de sumarização sistemática das pesquisas quantitativas existentes."

[72] Para Archie Cochrane, os recursos médicos só deveriam ser usados após comprovada sua eficácia "em avaliações adequadamente projetadas", isto é, a partir das "evidências científicas" provenientes dos ensaios

publicou uma revisão que avaliou e classificou centenas de práticas quanto à sua efetividade e segurança, dando os primeiros passos para o que viria a ser o movimento para uma "obstetrícia baseada em evidências" (CHALMERS; ENKIN; KEIRSE, 1989; DINIZ, 2001). De acordo com Diniz (2001), entre as especialidades médicas, esse trabalho de revisar sistematicamente os estudos relacionados às práticas obstétricas foi um dos pioneiros no levantamento de "evidências científicas" sobre os procedimentos utilizados de rotina na prática clínica.[73] Essa colaboração internacional de sistematização e divulgação da evidência científica na saúde materno-infantil deu origem, no início dos anos 1990, à rede de colaboração Cochrane (DINIZ, 2001).[74] Interessante notar que a logomarca da colaboração Cochrane é a representação gráfica dos resultados de uma revisão sistemática: o uso de corticosteroides para acelerar a maturação pulmonar do feto para mulheres com risco de parir prematuramente[75].

Com base nesse trabalho de revisão, a OMS lançou em 1996 (ainda dentro da iniciativa Maternidade Segura) uma série de diretrizes acerca das práticas destinadas a monitorar, conduzir e controlar "o processo fisiológico do parto". O documento intitulado *Care in Normal Birth: a practical guide* foi amplamente divulgado, ficando conhecido a partir

---

controlados randomizados. No final da década de 1970, Cochrane propôs que fosse realizado um compilado por especialidade ou subespecialidade de todos os ensaios randomizados controlados relevantes (COCHRANE, 1989). Essa proposta levou ao estabelecimento, na década seguinte, da colaboração internacional para desenvolver o banco de dados Oxford que avaliou os estudos sobre intervenções realizadas durante a gravidez e o parto. Para Cochrane (1989), o resultado dessa colaboração foi "um verdadeiro marco na história dos ensaios randomizados e na avaliação dos cuidados" que deveria ser copiada por todas as outras especialidades médicas.

[73] Anteriormente, em meados dos anos 1970, Gene Glass, o estatístico norte-americano que cunhou o termo "metanálise", tinha avaliado a eficácia de psicoterapias em centenas de estudos. (Notas de aula: curso de verão "Fundamentos da Metanálise" realizado no Instituto de Medicina Social em fevereiro de 2019).

[74] A colaboração Cochrane sistematiza os resultados de pesquisas na área da saúde. Suas revisões investigam, entre outras coisas, os efeitos das intervenções para a prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. De acordo com as informações contidas no *site*, essas revisões são "*internationally recognised as the highest standard in evidence-based health care*". Os editoriais visam estimular a discussão em torno do desenvolvimento da síntese de evidências para promover a tomada de decisão em cuidados clínicos e políticas de saúde. (Fonte: https://www.cochrane.org/ Acessado em 07 jan. 2023)

[75] Segundo informações publicadas no site da Cochrane que explicam sobre o uso do gráfico tipo "floresta" como logotipo da rede de colaboração: "o círculo formado por duas formas de 'C' representa nossa colaboração global [...]. Cada linha horizontal representa os resultados de um estudo, enquanto o losango representa o resultado combinado - nossa melhor estimativa sobre se o tratamento é eficaz ou prejudicial. O losango fica claramente à esquerda da linha vertical, representando "nenhuma diferença"; portanto, as evidências indicam que o tratamento é benéfico [...]. Apesar de vários estudos mostrando o benefício dos corticosteroides, a adoção do tratamento entre os obstetras foi lenta. A revisão sistemática (originalmente publicada por Crowley et al. e com uma nova atualização publicada em 21 de março) foi influente no aumento do uso desse tratamento. Esta intervenção simples provavelmente salvou milhares de bebês prematuros" (Fonte: https://www.cochrane.org/about-us/difference-we-make Acessado em 20 dez 2022).

da expressão genérica "recomendações da OMS".[76] Essas recomendações foram elaboradas por um grupo de trabalho técnico composto por pesquisadores de instituições de diversos países[77] e por alguns representantes do secretariado da OMS responsáveis pelos programas de saúde materna e saúde reprodutiva. Importante ressaltar que na construção do relatório para a OMS, o grupo de trabalho se baseou em estudos publicados em periódicos científicos do campo da obstetrícia e, principalmente, na publicação *Effective care in pregnancy and childbirth*, uma vasta revisão sistemática de estudos randomizados de práticas e intervenções obstétricas que havia sido publicada alguns anos antes, em 1989, tendo sido editada pelo epidemiologista Iain Chalmers, cofundador da colaboração Cochrane, por Marc Keirse e pelo obstetra canadense Murray Enkin (CHALMERS; ENKIN; KEIRSE, 1989).

O texto das recomendações da OMS, em seu preâmbulo, aponta para a existência de dois tipos de problemas relacionados à assistência pré-natal e ao parto. Se por um lado havia o problema da mortalidade materna e a tentativa de "tornar a assistência ao parto segura e acessível a todas as mulheres", especialmente para as mulheres dos países em desenvolvimento, por outro lado, nos países desenvolvidos, considerava-se que a "adoção acrítica de uma série de intervenções inúteis, inoportunas, inadequadas e/ou desnecessárias" seria um risco incorrido por todas as pessoas envolvidas no cuidado à saúde materna, o que levantava um questionamento acerca do "valor ou conveniência de níveis tão altos de intervenção" (WHO, 1996, p. 1). Ou seja, enquanto nos países em desenvolvimento o problema seria na falta de assistência adequada, nos países desenvolvidos, o perigo estaria no excesso de intervenções médicas na gravidez e no nascimento.

A elaboração do relatório tinha como objetivo identificar as práticas mais comuns na assistência e fazer recomendações para reduzir intervenções médicas consideradas "desnecessárias", implementando assim "normas de boas práticas" na condução do trabalho de parto de "mulheres de baixo risco" ou "risco habitual" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996). Buscava-se também transformar a estrutura dos serviços de saúde, com a modificação das atitudes dos profissionais e a redistribuição de recursos humanos e

---

[76] Esse documento foi publicado no Brasil sob o título traduzido "Assistência ao Parto Normal: um guia prático", mas ficou conhecido no país como "recomendações da OMS", tornando-se uma das principais referências que norteavam as ações do movimento pela humanização do parto (RATTNER et al., 2010) – a "bíblia" do movimento, conforme afirmou uma doula, coordenadora de um curso de capacitação para doulas (SILVA, 2017).

[77] O grupo de trabalho era formado por pesquisadores dos seguintes países: Zâmbia, Índia, Gâmbia, Filipinas, Tanzânia, Malásia, Austrália, Egito, Uruguai, Chile, Estados Unidos e Reino Unido.

materiais, para tornar universal e acessível os cuidados médicos com a gravidez e o parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Nesse sentido, conforme argumenta a antropóloga Carmen Susana Tornquist (2004), é importante ressaltar que as recomendações da OMS apontam para uma "desmedicalização" parcial da assistência. Isto é, se por um lado as diretrizes preconizavam, por exemplo, o suporte emocional à parturiente, a adoção de práticas "não-farmacológicas" para alívio da dor e a incorporação de parteiras e doulas na assistência aos "partos de baixo-risco", por outro, era imprescindível que esse cuidado fosse "baseado em evidências científicas" e prestado por "profissionais qualificados", isto é, por pessoas que conhecessem e seguissem os preceitos de uma assistência médica que estivesse de acordo com os padrões internacionais da obstetrícia baseada em evidências.

Além disso, observo que nessa publicação de 1996 houve a tentativa – já adianto, fracassada – de transformar a abordagem de risco comumente adotada, por uma noção de "potencial de parto" ("*birthing potential*") como base para uma boa avaliação e tomada de decisão na assistência ao parto. Isto é, houve a tentativa de substituir a ideia do parto como um evento que "pode dar errado" por uma ideia de que o parto teria a "potencialidade de dar certo". De acordo com o documento, a abordagem de risco não seria a mais adequada porque faz com que, por um lado, muitas gestantes/parturientes sejam classificadas como "de risco" e sofram intervenções de forma desnecessária e, por outro, acaba não garantindo que se consiga identificar aquelas mulheres que realmente precisariam de cuidados médicos no caso de complicações durante a gravidez e/ou no parto. Esse problema foi abordado por Miller e colaboradores (2016) a partir da ideia "*too little, too late, too much, too soon*". De acordo com os autores, essas seriam duas situações extremas no *continuum* dos cuidados de saúde materna e que, diante das desigualdades sociais e de saúde, poderiam coexistir em diversos lugares, principalmente em alguns "países em desenvolvimento", como é o caso do Brasil. "Muito pouco, muito tarde" (t*oo little, too late*) é um problema que se refere a cuidados de baixa qualidade, com recursos materiais e humanos inadequados, limitados ou indisponíveis, e que estaria associado à alta morbidade e mortalidade materna; "demais e antes da hora" (t*oo much, too soon*), por sua vez, se refere ao excesso de medicalização da gravidez e do nascimento, incluindo o uso rotineiro e abusivo de intervenções, sem base em evidências científicas (MILLER et al. 2016).

Contudo, apesar do esforço para mudança de abordagem, observo que a ideia de risco ainda perpassa todo o documento, a começar pela definição de "parto normal". Embora o

documento afirme que "o conceito de normalidade no trabalho de parto e parto não é padronizado ou universal", um dos seus objetivos é o de estabelecer a seguinte definição:

> Definimos parto normal como: de início espontâneo, *baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante o trabalho de parto e parto*. O bebê nasce espontaneamente em posição de vértice entre 37 e 42 semanas completas de gravidez. Após o nascimento, mãe e bebê estão em boas condições (WHO, 1996, p. 4, tradução nossa, grifo nosso).

Cabe ressaltar também que essa definição de parto só aparece no relatório após a seção *Risk Approach in Maternity Care*. Segundo consta no documento, a avaliação de risco é um processo contínuo, iniciado no pré-natal e realizado durante todo o trabalho de parto, sendo "o ponto de partida para o resultado seguro de qualquer parto":

> A avaliação de risco não é uma medida única, mas um procedimento contínuo durante a gravidez e o trabalho de parto. A qualquer momento podem surgir complicações precoces e induzir a decisão de encaminhar a mulher para um nível superior de atenção (WHO, 1996, p. 4, tradução nossa).

Isto é, considera-se que a vigilância contínua de "fatores de risco" seja fundamental para identificar e prevenir o aparecimento de algum problema ao longo da gestação e do trabalho de parto, em especial com o uso de intervenções biomédicas. Os fatores de risco citados vão desde "fatores demográficos", como idade e altura, "fatores reprodutivos", como número de gestações e o histórico de cesariana ou aborto prévios, e "anormalidades" na gravidez atual, como pré-eclâmpsia, hemorragia, anemia grave e gestação de mais de um feto. Assim, recomenda-se "a vigilância adequada da mãe e do feto" e que seja empregado um "sistema de pontuação de riscos" individualizado, a partir do qual seria possível discriminar as gestações e os partos de "alto risco" e "baixo risco".

Outro ponto que chama a atenção é o fato de que a expressão "potencial de parto" (e algumas possíveis derivações/formações) aparece somente uma vez em todo o relatório, ao passo que o termo "risco" em suas diferentes configurações – como fatores de risco obstétrico, classificações de risco (por exemplo, "baixo risco" e "alto risco"), e riscos decorrentes de intervenções – totalizam cem (100) aparições.

No que se refere ao último item, riscos decorrentes de intervenções, a OMS classificou as práticas em quatro grupos de acordo com o nível de evidências disponíveis até aquele momento: "práticas que são demonstravelmente úteis e devem ser encorajadas"; "práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes e devem ser eliminadas", "práticas que são frequentemente usadas de forma inadequada" e "práticas para as quais existem evidências

insuficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser usadas com cautela enquanto pesquisas adicionais esclarecem a questão" (WHO, 1996, p. 1)

Dentre as principais intervenções recomendadas pela OMS estão: a já citada avaliação de risco contínua; oferta de informação e realização do "plano de parto" durante a gravidez; suporte físico e emocional no parto; respeito à privacidade e às "escolhas informadas" da mulher sobre o local de parto (desde que seja um lugar "viável e seguro e onde a mulher se sinta segura e confiante"), bem como sobre os acompanhantes, posições e movimentos durante o trabalho de parto (sendo que a posição supina comumente adotada durante os partos, conhecida como "posição litotômica", não deveria ser incentivada); utilização de "métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor" (massagem e relaxamento); o monitoramento do feto por meio do uso de "ausculta intermitente" e da evolução do trabalho de parto através do uso de um "partograma".

Dentre as intervenções que deveriam ser eliminadas segundo a OMS, muitas já haviam sido descritas na Carta de Fortaleza, como a tricotomia e o enema, conforme apresentado anteriormente. Além dessas, outras práticas também passaram a não ser recomendadas, como: o uso da posição de litotomia, fazer o acesso venoso de rotina, toque retal, e exploração manual e lavagem rotineira do útero após o parto.

Por fim, no que se refere às intervenções sobre as quais ainda pairavam algumas dúvidas acerca de sua utilização, seja porque não existiam estudos que pudessem confirmar sua eficácia, ou porque eram comprovadamente eficazes mas estavam sendo usadas de forma inadequada, temos: o uso de ocitocina de rotina, a restrição no consumo de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto, a monitorização fetal eletrônica (de forma contínua), o "puxo dirigido", massagens/manobras no períneo, a realização da tração do cordão umbilical ou do clampeamento precoce deste, e cesárea e "uso liberal ou rotineiro de episiotomia".

Em suma, é possível considerar que a partir desta publicação a OMS ampliou o rol de "fatores de riscos oficiais" à saúde materna, ao estabelecer que, dentre as causas diretas de morbidade e de mortalidade materna, estão também as complicações obstétricas decorrentes de intervenções obstétricas (quando utilizadas de forma inadequada), de omissão e negligência na assistência e de eventos resultantes de alguma dessas causas.

4.3 **Recomendações para uma experiência positiva de gravidez, parto e maternidade**

A partir de 2015, a OMS divulgou um conjunto de novas diretrizes que abordam os cuidados com a gravidez e o nascimento, promovendo a ideia de "experiência positiva de maternidade": *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*, publicada em 2016, *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* e *WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*, ambas publicadas em 2018. Conforme apresentado no início deste capítulo, essas recomendações foram lançadas como ações específicas nos campos da saúde materna dentro do contexto de implementação de uma agenda para o "desenvolvimento sustentável" global, cujo pressuposto fundamenta-se em uma ideia de "progresso" norteado cada vez mais por avaliações de riscos, isto é, por estimativas acerca dos impactos no futuro das decisões e ações que precisam ser tomadas no presente.

Atualmente, diante dos resultados alcançados com a redução da mortalidade materna global, a OMS vem propondo que os países "ampliem suas agendas para além da sobrevivência, com vista a maximizar a saúde e o potencial das suas populações" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Esta proposta está baseada em um discurso maternalista, no qual se pressupõe que as "experiências positivas" das mulheres com a maternidade seria fundamental "para criar famílias e comunidades prósperas".

As novas recomendações da OMS não se propõem a ser "manuais" para a prática clínica; seu principal objetivo seria o de "orientar sobre os cuidados de rotina", como uma complementação aos manuais relacionados à gravidez e parto já existentes. A partir de um "enquadramento baseado em evidências científica" para o pré-natal e assistência ao parto, os documentos buscam embasar a formulação de políticas e protocolos em saúde relativas às gestações e partos "baixo-risco". Cabe dizer que, embora as diretrizes orientem sobre a prevenção e detecção de complicações, ela não aborda o tratamento destas complicações, nem a assistência às gestações e nascimentos considerados de "alto-risco". Ou seja, os documentos são focados em gravidezes e nascimentos classificados como "de baixo-risco" ou "saudáveis"[78]. Assim, a partir dessas novas diretrizes, a OMS quer estabelecer um padrão

[78] De acordo com a OMS, o termo "mulheres grávidas saudáveis" é usado para descrever mulheres e adolescentes grávidas "aparentemente saudáveis", isto é, que não têm fatores de risco conhecidos que poderiam acarretar algum tipo de problema de saúde para ela mesma ou para o feto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

global de assistência ao ciclo gravídico-puerperal, de modo que o cuidado esteja fundamentado na perspectiva dos direitos humanos e centrado nas experiências das mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, 2018a, 2018b).

Cabe ressaltar que, tal como nos documentos anteriores, as recomendações da OMS atuais fazem referência somente às experiências de "mulheres-mães", promovendo uma "naturalização da maternidade" (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002). De acordo com Hotimsky e Alvarenga (2002), essas recomendações, quando direcionadas às "mães", pressupõem que a pessoa que está parindo vai se transformar, necessariamente, em mãe do bebê que está para nascer.[79] Além disso, é importante ressaltar que esses três documentos da OMS ainda pressupõem que quem está gestando e parindo é, fundamentalmente, uma "mulher", o que desconsidera as experiências de gravidez e parto, por exemplo, de homens transgênero[80] e de pessoas não binárias.

Esse conjunto mais recente de recomendações foi elaborado por diversos grupos de trabalho formados por especialistas do campo da saúde materno-infantil de diversos países, que se reuniram especialmente para esta finalidade (Figura 12).[81] As diretrizes foram formuladas a partir da reunião de evidências científicas, especialmente as revisões sistemáticas realizadas pela colaboração Cochrane sobre práticas rotineiras realizadas no pré-natal e na assistência ao parto,[82] assim como apresentado anteriormente nos documentos de

---

[79] Segundo Hotimsky e Alvarenga (2002), esse pressuposto não considera o fato de que nem todas as pessoas que dão à luz vão se tornar "mães", seja porque decidiram exercer o direito reprodutivo de entregar o bebê para adoção, seja porque compartilham ou transferem os cuidados das crianças com outras pessoas de sua rede de relações sociais, fenômeno denominado por Fonseca (2016) como "circulação de crianças".

[80] Nos documentos da OMS analisados neste estudo, o termo "transgênero" é citado somente uma vez, em apenas um dos documentos, e como uma nota de rodapé. Essa nota fazia referência à recomendação de aconselhamento e testagem para HIV e sífilis durante os "cuidados pré-natais", conforme texto a seguir: "As populações-chave são definidas nas diretrizes da OMS de 2015 como os seguintes grupos: homens que fazem sexo com homens, pessoas na prisão ou em outros ambientes fechados, pessoas que injetam drogas, profissionais do sexo e pessoas transgênero" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, p. 52).

[81] O processo de elaboração tomou como base os procedimentos do "Manual da OMS para a elaboração de recomendações", e incluiu: (i) identificação de questões prioritárias; (ii) pesquisa e síntese de evidências; (iii) avaliação das evidências quantitativas e qualitativas; (iv) formulação das recomendações; e (v) planejamento para a implementação, disseminação e avaliação de impacto. As diretrizes devem ser atualizadas sempre que novas evidências forem identificadas, e submetidas a uma revisão a cada cinco anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

[82] Para identificar e mapear práticas clínicas, intervenções e resultados de saúde relacionados ao cuidado pré-natal e intraparto, foi realizada uma revisão das diretrizes clínicas existentes e das principais revisões sistemáticas, usando as seguintes fontes: "Cochrane Database of Systematic Reviews, LILACS, National Guidelines Clearinghouse, PubMed, and web pages of professional societies (including FIGO, the European Board & College of Obstetrics and Gynaecology [EBCOG], the American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], RCOG, the Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists [RANZCOG] and the ICM) and health agencies (including the United Kingdom's National

1985 e 1996. Contudo, é importante ressaltar que há uma novidade nas recomendações atuais: a incorporação de estudos de base qualitativa em sua elaboração.

Figura 12: Fotografia dos representantes do "Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes" para a assistência ao parto

Nota: Foto: Olufemi Oladapo. Esse grupo era formado por especialistas externos à OMS que se reuniu em duas ocasiões, em maio e setembro de 2017, para a elaborar as recomendações. De acordo com a OMS, os membros foram selecionados de forma a assegurar a representação geográfica e o equilíbrio de gênero. Faço notar que entre os especialistas está Melania Amorim, médica obstetra e ginecologista brasileira que se posiciona politicamente como feminista e ativista pelos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil.
Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, [2017].

No processo de definição do escopo dessas recomendações, segundo consta nos documentos, foi destacada a necessidade de se identificar intervenções e resultados centrados nas perspectivas das mulheres, isto é, a partir do que elas desejam, esperam, precisam e valorizam nos cuidados pré-natais e na assistência ao parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, 2018b, 2018a). Soo Downe e colaboradores (2016, 2018) argumentam que as diretrizes anteriores estavam fundamentadas somente em revisões

Institute for Health and Care Excellence [NICE], the Agency for Healthcare Research & Quality [AHRQ] of the United States Department of Health & Human Services, and the Institute for Clinical Systems Improvement [ICSI], based in the United States of America]" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a, p. 11).

sistemáticas de estudos quantitativos, que costumam focar basicamente nos desfechos negativos a serem evitados, sugerindo que a assistência pré-natal e ao parto serviria apenas para o monitoramento e prevenção de patologias e complicações. Segundo as autoras, a OMS passou a reconhecer que "a falta de acordo sobre o conteúdo ideal, frequência e estilo" na/da assistência (de modo a não atender às necessidades e expectativas das mulheres e de suas famílias) poderia ser um obstáculo para a aceitação do serviço, mesmo quando ele está disponível (DOWNE et al., 2016, 2018).

Assim, a partir do reconhecimento por parte do Comitê Diretor de Desenvolvimento de Diretrizes da OMS acerca da necessidade de melhorar a aceitação dos cuidados (de "programas e intervenções que sejam aceitáveis e relevantes para todas as mulheres grávidas"), nessas recomendações, foram incluídas as revisões sistemáticas de estudos de base qualitativa[83] sobre as experiências de "mulheres saudáveis" com os cuidados pré-natais (DOWNE et al., 2016) e com a assistência ao parto (DOWNE et al., 2018) que foram publicados nos últimos vinte anos. A partir dos relatos, crenças, opiniões e expectativas das próprias mulheres sobre o que importa para elas durante o pré-natal e o parto, as autoras elaboraram uma síntese de evidências sobre quais processos, intervenções e resultados são relevantes e deveriam constar nas novas recomendações da OMS.

O principal resultado encontrado nessas revisões foi o de que as mulheres, em todos os contextos culturais e sociodemográficos, querem e precisam de uma "experiência positiva" de gravidez e parto, conforme aparece nos trechos a seguir:

> As mulheres querem e esperam que os cuidados pré-natais lhes proporcionem uma experiência positiva durante a gravidez. Uma experiência positiva de gravidez significa manter uma normalidade física e sociocultural e uma gravidez saudável para a mãe e o bebê (incluindo a prevenção ou o tratamento dos riscos, doenças e morte), ter uma transição eficaz para o trabalho de parto e parto, e alcançar uma maternidade positiva (incluindo a autoestima materna, a competência e a autonomia) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, p. ix, tradução nossa).

> A diretriz reconhece uma 'experiência de parto positiva' como um ponto final significativo para todas as mulheres em trabalho de parto. Define uma experiência de parto positiva como aquela que cumpre ou excede as crenças e expectativas pessoais e socioculturais anteriores de uma mulher, incluindo dar à luz um bebê saudável em um ambiente clinicamente e psicologicamente seguro, com a continuidade do apoio prático e emocional de acompanhante(s) de parto e de uma equipe clínica gentil e tecnicamente competente. Baseia-se na premissa de que a maioria das mulheres deseja um trabalho de parto e parto fisiológico e ter um senso de realização e controle pessoal por meio do envolvimento na tomada de decisões,

[83] Como estudos qualitativos, as autoras consideraram entrevistas, grupos focais e estudos etnográficos e fenomenológicos, entre outros (DOWNE et al., 2016, 2018).

> mesmo quando as intervenções médicas são necessárias ou desejadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018ª, p. 1, tradução nossa).

Nesses documentos, a OMS está promovendo a ideia de "experiência positiva" de gravidez, parto e maternidade como um aspecto fundamental para garantir que seja oferecido cuidados de qualidade a todas as mulheres e que, assim, desfechos melhores sejam alcançados. Isto é, na implementação das práticas de cuidado e avaliação dos resultados em saúde, as experiências das mulheres precisariam ser consideradas – e estas, idealmente, devem ser "positivas" para que a assistência em saúde seja considerada "de boa qualidade". O pressuposto é de que as experiências positivas das mulheres durante a assistência pré-natal e ao parto (o que inclui uma ideia de "normalidade física e sociocultural e uma gravidez saudável") constituiria a base para uma "maternidade positiva". De acordo com Downe et al. (2016, p.534), por "normalidade física e sociocultural" e "gravidez saudável" poderíamos considerar tanto o "apoio e promoção do bem-estar e prevenção de morte e morbidade na mãe e no bebê" quanto "ser validada em suas crenças, circunstâncias sociais, interpretações da saúde ou não de sua gravidez com base em experiências e normas incorporadas/culturais"[84], "mesmo onde a gravidez é indesejada, mas mantida" – o que reforça uma "assignação à maternidade" (ROBLES, 2015a). Assim, a ideia de "maternidade saudável e positiva" inclui a manutenção da saúde e bem-estar da mãe e do bebê a partir da prevenção de complicações e tratamento de doenças durante o período gravídico-puerperal. Mas, é importante ressaltar que essa noção também abarca diversos aspectos "físicos-morais" (DUARTE, 2003), como "gravidez saudável", "boa alimentação", "peso ideal", "autoestima", "competência", "autonomia", "senso de realização e controle pessoal" e "bebê saudável", que referem-se à corporalidade, vida moral, sentimentos e auto representação dos sujeitos sociais (DUARTE, 2003), em especial das mulheres no exercício da maternidade.

4.3.1 Diretrizes para o pré-natal

No documento *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*, publicado em 2016, a OMS define "cuidados pré-natais" como: "assistência

[84] Do original em inglês "Including being validated in her beliefs, social circumstances, interpretations of the health or otherwise of her pregnancy based on embodied/cultural experiences and norms" (DOWNE et al., 2016, p. 534).

prestada por profissionais de saúde qualificados a mulheres e adolescentes grávidas, a fim de garantir melhores condições de saúde para a mãe e o bebê durante a gravidez" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, p. 1, tradução nossa). Essa assistência integra um *continuum* de cuidados em saúde reprodutiva, isto é, de cuidados que se iniciam na gravidez e se estendem até o período pós-natal, sendo orientados por três componentes: (i) educação e promoção da saúde; (ii) identificação de riscos; e (iii) prevenção, diagnóstico e controle de doenças (Figura 13).

Figura 13: Diagrama representando os três componentes dos cuidados pré-natais, segundo a OMS

Fonte: A autora, 2022.

Assim, visando proporcionar essa "experiência positiva de gravidez" e "otimizar a saúde materna e neonatal", o documento indica que é necessária a implementação oportuna e adequada de "cuidados médicos baseados em evidências" (incluindo triagem de riscos, testes diagnósticos, tratamentos e outras intervenções), do aconselhamentos para a "promoção da saúde" e informações sobre as intervenções realizadas na assistência, e do apoio psicossocial e emocional – em um momento que é considerado "crítico" na vida das mulheres. Para tanto,

essa assistência deve ser prestada por “profissionais qualificados” e com boas habilidades interpessoais (“solidários e respeitosos”), dentro de um sistema de saúde que funcione bem (o que inclui privacidade no atendimento e tempo para as mulheres “construírem uma relação” com os profissionais).

A elaboração das recomendações para o pré-natal foi orientada por duas questões principais: “Quais são as práticas baseadas em evidências durante os cuidados pré-natais que melhoram os resultados e levam à uma experiência positiva de gravidez?” e “Como estas práticas devem ser aplicadas?”. A partir destas perguntas, o documento apresenta quarenta e nove recomendações relacionadas a cinco tipos de intervenções: (i) intervenções nutricionais, (ii) avaliação materna e fetal, (iii) medidas preventivas, (iv) intervenções para sintomas fisiológicos comuns e (v) intervenções nos sistemas de saúde. Essas intervenções foram classificadas como: “recomendadas”, “não-recomendadas” ou recomendadas apenas em circunstâncias específicas, isto é, em contextos especiais após pesquisa, monitoramento e avaliação. O documento apresenta também uma tabela na qual sistematiza os “resultados de interesse”, isto é, os desfechos que devem ser alcançados e especialmente aqueles que devem ser evitados (Figura 14), que foram divididos em quatro categorias: “resultados maternos” e “resultados fetais/neonatais”, “resultados de precisão do teste” e “resultados do sistema de saúde”.

Figura 14: Reprodução da tabela apresentada no documento da OMS com os “resultados de interesse”

Box 1: Guideline outcomes of interest

Maternal outcomes	Fetal/neonatal outcomes
Infections	Neonatal infections
Anaemia	Small for gestational age
Pre-eclampsia/eclampsia	Low birth weight
Gestational diabetes mellitus	Preterm birth
Mode of delivery	Congenital anomalies
Excessive weight gain	Macrosomia/large for gestational age
Intimate partner violence	Fetal/neonatal mortality
Side-effects	
Symptomatic relief	
Maternal mortality	
Maternal satisfaction and/or women's rating of usefulness of treatment	
Test accuracy outcomes	**Health system outcomes**
Sensitivity and specificity	ANC coverage
	Facility-based delivery

Fonte: adaptada de WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016.

Apresento a seguir algumas intervenções preconizadas no pré-natal para se alcançar uma experiência positiva de gravidez, de acordo com as recomendações da OMS mais recentes:

(i) Intervenções nutricionais: no preâmbulo das intervenções nutricionais, a OMS apresenta brevemente dois grandes problemas de Saúde Pública que podem ter consequências negativas para mulheres grávidas e seus bebês: o problema do consumo alimentar insuficiente e da desnutrição, referindo-se especialmente aos "países de baixa e média renda", e a questão do sobrepeso/obesidade, observado principalmente nos "países de alta renda" e nos países que passaram pelo processo de "transição nutricional"[85]. Assim, de modo geral, recomenda-se que todas as mulheres grávidas tenham uma "alimentação saudável" – o que implica no consumo adequado de energia, proteínas, vitaminas e minerais provenientes de alimentos variados, como vegetais, carne, peixe, feijão, frutos secos, cereais integrais e frutas – e pratiquem atividades físicas de forma moderada – isto é, atividades em que a mulher mantenha um bom nível de condicionamento físico durante a gravidez, sem "correr o risco" de perder o equilíbrio ou de causar algum dano ao feto – para manter um "estilo de vida saudável" e evitar o ganho excessivo de peso.[86] Cabe ressaltar que, embora a recomendação afirme que "as intervenções [dieta e exercício] devem ser centradas na mulher, feitas sem julgamento e desenvolvidas para garantir ganho de peso adequado" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, p. 15, tradução nossa), a quantidade de quilos que uma gestante pode acumular durante a gravidez é determinada exclusivamente a partir de um parâmetro quantitativo, o índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional. Por exemplo, enquanto as mulheres com baixo IMC no início da gravidez poderiam engordar até 18 kg, as mulheres com alto IMC, consideradas obesas, só poderiam aumentar entre 5 e 9 kg durante toda a gestação (incluindo neste cálculo o peso do feto, do útero, da placenta e bolsa amniótica, por exemplo). A OMS considera que a "comunicação efetiva" com mulheres grávidas sobre exercícios e alimentação saudável é uma intervenção de "baixo custo" que integra os cuidados pré-natais, ressaltando que "a gravidez pode ser um momento ideal para intervenções de mudança de comportamento entre populações com alta prevalência de sobrepeso e obesidade" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, p. 15, tradução nossa).

---

[85] Transição nutricional refere-se à passagem de uma situação de grande prevalência de desnutrição ao estado em que a obesidade e o sobrepeso passam a predominar na população.

[86] Apesar da maior parte das "evidências" sobre alimentação saudável e práticas de exercícios serem provenientes de países de alta renda, o grupo de especialistas da OMS argumenta que essa recomendação também pode ser aplicável a "populações desfavorecidas de países de baixa e média renda", onde muitas deficiências nutricionais costumam coexistir com problemas de sobrepeso e obesidade.

Outra recomendação geral é para que as mulheres grávidas tomem suplementos de ferro e ácido fólico para evitar “anemia materna”, infecção puerperal, parto prematuro, reduzir o risco de problemas no desenvolvimento fetal e de recém-nascidos com baixo peso ao nascer (Figura 15). Já em relação aos suplementos alimentares vitamínicos e de múltiplos micronutrientes, as diretrizes anteriores foram modificadas e estas substâncias passaram a não ser recomendadas para uso rotineiro, devendo ser utilizada especificamente em populações subnutridas ou com baixa ingestão diária de vitaminas e minerais.

Figura 15: Infográfico alertando sobre o consumo de suplementos de ferro e ácido fólico durante a gravidez

Nota: A imagem mostra a representação de uma mulher grávida aprentando preocupação sobre as consequências de uma nutrição baixa de ferro para seu bebê, onde se lê a seguinte mensagem: “Quando as mulheres não recebem ferro suficiente durante a gravidez, isso pode causar alterações irreversíveis no cérebro em desenvolvimento do bebê”.
Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s/d].

Ainda nas intervenções nutricionais preconizadas pela OMS, as mulheres grávidas que ingerem mais de 300 mg de cafeína por dia – o equivalente a 4 ou 5 xícaras de café instantâneo, mas pode incluir outros produtos, como chás, refrigerantes, energéticos, chocolate e medicamentos – recomenda-se a diminuição da ingestão diária dessa substância.

Não há, no entanto, uma indicação específica sobre a dose "segura" ou "aceitável"; considera-se somente que a quantidade deve ser inferior a 300mg/dia. Com restrição no consumo de cafeína por mulheres grávidas, busca-se reduzir o risco de aborto e de recém-nascidos com baixo peso ao nascer.

(ii) Avaliação materna e fetal. Essa parte das recomendações começa com a constatação de que os "distúrbios hipertensivos da gravidez" (pré-eclâmpsia e eclâmpsia) são importantes causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal e, sendo assim, o monitoramento e vigilância para essa condição no pré-natal já faz parte essencial da boa prática clínica.[87] Por este motivo, o grupo de especialistas não avaliou as evidências e não apresentou nenhuma nova recomendação sobre estas intervenções.

Em relação à "avaliação materna", o grupo considerou especificamente as intervenções para o diagnóstico de algumas doenças e complicações de saúde (como, "bacteriúria assintomática",[88] sífilis, HIV, tuberculose, anemia e diabetes gestacional) e a investigação clínica tanto sobre consumo de álcool, tabaco e "outras substâncias" quanto sobre a possibilidade de a mulher ser vítima de violência doméstica.

As recomendações referentes ao diagnóstico de doenças não abordam nenhum ponto relativo à experiência das mulheres durante a gravidez, assinalando somente aspectos relacionados à precisão desses testes diagnósticos, isto é, sua "sensibilidade" e "especificidade". No que se refere especificamente à diabetes gestacional, esta é uma recomendação que foi incorporada de uma publicação da OMS de 2013, *Critérios de diagnóstico e classificação da hiperglicemia detectados na gravidez.* Desde então a OMS definiu que uma medição do nível de glicose no sangue, se detectada alta uma única vez em qualquer momento durante a gravidez, deve ser classificada como diabetes gestacional. Segundo a OMS, mulheres com diabetes gestacional apresentariam maior risco de resultados adversos da gravidez, como os "distúrbios hipertensivos". A intervenção indicada geralmente envolve uma abordagem para mudanças no estilo de vida, com o aconselhamento nutricional e prática de atividades físicas e, se necessário, administração de substâncias para a redução dos níveis de glicose no sangue (por exemplo, insulina).

No que diz respeito à investigação clínica sobre o consumo de álcool, drogas e tabaco (no passado, no presente e por "exposição passiva"), o documento recomenda que os

---

[87] Essa condição é acompanhada rotineiramente a partir da aferição da pressão arterial e da verificação de "proteinúria" (excesso de proteína na urina) em cada consulta pré-natal.

[88] Condição comum do trato urinário, sem qualquer sintoma, que está associada a um risco aumentado de parto prematuro; uma vez detectada, é recomendada, como medida preventiva, a administração de antibióticos.

profissionais de saúde façam uma “investigação” sobre o uso dessas substâncias por parte das mulheres, perguntando sobre o uso dessas substâncias para todas as mulheres grávidas tão cedo quanto possível e em cada consulta pré-natal (“pois algumas mulheres são mais propensas a relatar informações sensíveis somente depois que uma relação de confiança foi estabelecida”). Os profissionais também devem oferecer informações e aconselhamento às mulheres grávidas, parceiros e outros membros da família sobre os “riscos da exposição” para a saúde deles e do “bebê”, e sobre intervenções psicossociais para a interrupção do uso. Esta recomendação é baseada em documentos publicados anteriormente pela OMS sobre a prevenção e manejo do tabagismo, de 2013, e sobre a identificação e gestão do uso de substâncias na gravidez publicada em 2014.

Já relação à violência doméstica ou “violência por parceiro íntimo”, a OMS reconhece que esse é um problema de saúde pública global que está associado a problemas crônicos em mulheres, incluindo “saúde reprodutiva deficiente” (gravidez indesejada, aborto, ISTs e HIV, por exemplo), depressão, “uso de substâncias” e outros problemas de saúde mental. A investigação clínica visa identificar as mulheres que sofreram ou estão sofrendo violência doméstica, a fim de oferecer intervenções que protejam e evitem danos físicos, psicológicos ou sexuais às vítimas.

No que concerne à avaliação fetal, o grupo de especialistas considerou as evidências sobre algumas intervenções que monitoram o desenvolvimento do feto em gestações saudáveis, isto é, de “baixo risco”, como: cardiotocografia pré-natal[89], ultrassonografia Doppler fetal[90], contagem diária de movimentos fetais e o ultrassom fetal. As duas primeiras intervenções não são recomendadas como exames de rotina no pré-natal, tendo em vista que, além de não estarem amplamente disponíveis (especialmente em países de baixa e média renda), não existem evidências que apoiem o uso regular dessas tecnologias como forma de melhorar os resultados maternos e perinatais.

A contagem diária de movimentos é uma forma de avaliar o “bem-estar fetal” na qual a mulher conta e registra as movimentações do feto durante um período específico de horas, a depender do método escolhido (“contagem até dez”, por exemplo), “para monitorar a saúde do bebê”. Essa avaliação não é recomendada, porque poderia levar à “ansiedade materna” ou

---

[89] A Cardiotocografia (CTG) é um registro contínuo da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas obtidas por meio de um transdutor de ultrassom que é colocado sobre o abdome da mulher. O CTG é amplamente utilizado como método de avaliação do “bem-estar” do feto durante o trabalho de parto.

[90] A ultrassonografia Doppler é uma tecnologia de ultrassom específica para avaliar o fluxo sanguíneo do/para o feto, suas artérias e a artéria umbilical.

a intervenções clínicas desnecessárias. Por outro lado, o documento assinala que as mulheres devem ser informadas sobre a importância dos movimentos fetais no terceiro trimestre e relatar sempre que perceber movimentos fetais reduzidos. Assim, recomenda-se aos profissionais de saúde, como parte da boa prática clínica, perguntar em cada consulta pré-natal sobre a "percepção materna" dos movimentos fetais; aquelas que perceberem movimentos fracos ou reduzidos, devem ser monitoradas e passar por maiores investigações, se o profissional de saúde considerar necessário.

Por fim, a ultrassonografia fetal é considerada pela OMS "a ferramenta de triagem mais precisa", sendo empregada em várias circunstâncias específicas durante a gestação, por exemplo, quando há preocupações sobre o crescimento fetal e após complicações clínicas ("sangramentos"). Serviria também para permitir a detecção precoce de "problemas não aparentes em gestações sem fatores de risco claros" (isto é, em gestações de "baixo risco"). De acordo com o documento, apesar de o grupo de especialistas reconhecer que a realização do exame de ultrassom pode fazer pouca ou nenhuma diferença para o desenvolvimento do feto (tamanho e peso) e mortalidade perinatal, existem "suposições de que o exame de ultrassonografia pré-natal em todas as gestações será benéfico [...] levando ao manejo oportuno e adequado das complicações da gravidez".[91] Assim, recomenda-se a realização de pelo menos uma ultrassonografia antes das 24 semanas de gestação ("ultrassonografia precoce") para estimar a idade gestacional, detectar se a gravidez é múltipla (mais de um feto) e avaliar a possibilidade de "anomalias fetais", entre outras coisas. Quando realizada tardiamente (entre 30 e 36 semanas de gestação), o exame de ultrassom possibilita, por exemplo, a avaliação da anatomia do feto e uma estimativa do seu peso, do volume de líquido amniótico e da "maturidade placentária".

Em relação à satisfação materna, o documento assinala que o exame de ultrassom pode melhorar a experiência de gravidez: "as evidências sugerem que menos mulheres podem relatar que estão preocupadas com a gravidez após uma ultrassonografia precoce". Tais evidências (qualitativas) mostram que as mulheres costumam apreciar as informações que recebem dos profissionais de saúde e estão dispostas a serem examinadas, desde que os

[91] As evidências sobre a ultrassonografia são derivadas principalmente de países de alta renda, onde a ultrassonografia fetal é um componente padrão da assistência pré-natal. Segundo o documento, as baixas taxas de mortalidade materna e perinatal nesses locais levam a crer que essa intervenção é um componente importante dos serviços, tendo em vista que ela possibilitaria o gerenciamento de complicações da gravidez, particularmente pré-eclâmpsia e parto prematuro, que são as principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal em países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

procedimentos sejam explicados adequadamente e sua aplicação leve em consideração aspectos culturais. O documento aponta que a falta de "tecnologia moderna", como os equipamentos de ultrassom, desestimula algumas mulheres a seguir com os cuidados pré-natais. Assim, considera-se que a oferta desses exames poderia não só atrair as mulheres para fazer o pré-natal, mas principalmente para iniciá-lo mais cedo. O relatório cita ainda um estudo realizado em uma área rural no Quênia, para assinalar que "as mulheres valorizam a oportunidade de ver o bebê por meio de ultrassom e consideram o teste reconfortante",[92] e em seguida cita outro estudo, sobre triagem pré-natal para anomalias cromossômicas realizado em uma área urbana na Inglaterra, para ressaltar que "as mulheres não entendem que a ultrassonografia é uma ferramenta diagnóstica e que os resultados adversos durante exames podem aumentar a ansiedade e a angústia".[93]

(iii) Medidas preventivas. O documento apresenta recomendações no que se refere às "medidas preventivas" e "profiláticas" para algumas condições, como incompatibilidade sanguínea materno-fetal (com a profilaxia pré-natal com imunoglobulina anti-D para grávidas de Rh negativo) e infecções (por exemplo, para "evitar infecções recorrentes do trato urinário", "tratamento antihelmíntico preventivo" e "profilaxia pré-exposição para HIV"). Seguindo a OMS, essas recomendações são específicas para alguns contextos (como, zonas endêmicas, áreas rurais e/ou com carência de serviços de saúde) e outras que só devem ser aplicadas após investigação adequada.

(iv) Intervenções para sintomas fisiológicos comuns. Em relação à essas intervenções, o documento observa que as mudanças corporais na gravidez, provocadas por "efeitos mecânicos e hormonais", produzem uma série de sintomas, tais como azia, náuseas e vômitos, dor lombar e pélvica, varizes, constipação, hemorróidas e cãibras nas pernas, que afetar negativamente a experiência de gravidez. As abordagens recomendadas para o manejo desses sintomas incluem uma variedade de opções não farmacológicas – tais como consumo de gengibre, camomila e sêmola de trigo, aconselhamento sobre dieta e estilo de vida, prática regular de exercícios, uso de meias e cintas especiais, elevação das pernas e imersão em água – que se acredita não causar efeitos nocivos sobre a mulher e o feto. Recomenda-se somente algumas poucas opções de tratamento farmacológico para náusea e vômito, que devem ser

---

[92] Oluoch DA, Mwangome N, Kemp B, Seale AC, Koech AC, Papagrotghiou AT et al. "You cannot know if it's a baby or not a baby": uptake, provision and perceptions of antenatal care and routine ultrasound scanning in rural Kenya. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:127.

[93] Heyman B, Hundt G, Sandall J, Spencer K, Williams C, Grellier R, Pitson L. On being at higher risk: a qualitative study of prenatal screening for chromosomal anomalies. Soc Sci Med. 2006(62);2360–72.

prescritos e administrados sob supervisão médica, apenas para aquelas "mulheres grávidas que apresentem sintomas angustiantes" e que não são aliviados pelas opções não farmacológicas conhecidas e disponíveis.

(v) Intervenções nos sistemas de saúde. Para finalizar, a principal recomendação feita pelo grupo de especialistas referente às intervenções nos sistemas de saúde foi a ampliação dos cuidados pré-natais, com o aumento no número de consultas. Isto é, passar de um modelo "focado" de quatro consultas ("*focused antenatal care model*") para o novo modelo de oito consultas (Figura 16).

Figura 16: Tabela comparativa dos modelos de consultas pré-natais

WHO FANC model	2016 WHO ANC model
First trimester	
Visit 1: 8–12 weeks	Contact 1: up to 12 weeks
Second trimester	
Visit 2: 24–26 weeks	Contact 2: 20 weeks Contact 3: 26 weeks
Third trimester	
Visit 3: 32 weeks Visit 4: 36–38 weeks	Contact 4: 30 weeks Contact 5: 34 weeks Contact 6: 36 weeks Contact 7: 38 weeks Contact 8: 40 weeks
Return for delivery at 41 weeks if not given birth.	

Fonte: adaptada de WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016.

De acordo com o documento, a decisão de aumentar o número de consultas das gestantes com o serviço de saúde está "baseada em evidências" que revelam o aumento das mortes fetais e da insatisfação das mulheres com o modelo das quatro visitas; um maior número de consultas pré-natais poderia, segundo a OMS, "facilitar a avaliação do bem-estar e a prestação de intervenções para melhoria dos resultados, se forem identificados problemas" (Figura 17).

Figura 17: Infográficos da OMS referentes aos cuidados pré-natais

Nota: Esse material foi publicado no site da OMS, na seção "media center", que tem o objetivo de disponibilizar conteúdo gráfico para divulgação e "promoção da saúde" nas redes sociais, onde se lê as seguintes mensagens: "assim que souber que está grávida, procure cuidados pré-natais"; "cuidados pré-natais de qualidade devem estar disponíveis para todas as mulheres para garantir uma experiência de gravidez positiva"; "o contato regular com os serviços de saúde durante a gravidez protegerá você e a saúde de seu bebê"; e "durante a gravidez, todas as mulheres devem ter um mínimo de 8 contatos com um profissional de saúde."

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s/d].

4.3.2 Diretrizes para o parto

Como vimos até aqui, para a OMS, os tipos e graus de riscos relacionados ao nascimento diferem enormemente não só entre os países, mas também dentro de cada um dos países. Nesse sentido, a melhoria da qualidade da assistência ao parto foi identificada pela organização internacional como a "estratégia mais impactante" para reduzir a mortalidade materna e perinatal, quando comparada com as estratégias de cuidados pré-natais ou pós-parto. A OMS considera que, embora a maioria dos partos aconteça sem complicações, "o momento do nascimento é *crítico* para a sobrevivência das mães e seus bebês, pois o risco de morbidade e mortalidade pode aumentar consideravelmente se surgirem complicações" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018, p. 1, tradução nossa, grifo nosso). Mas, desde 1997 a OMS vem afirmando a dificuldade (ou a impossibilidade) de se definir um "conceito de normalidade" para o processo de parturição, de modo que ainda perdura uma falta de consenso em torno das definições sobre o início e sobre a duração das diferentes fases/estágios de um trabalho de parto "normal"; e isso vem colocando em dúvida, por exemplo, a validade de um importante componente do partograma: as "linhas de alerta e ação" propostas por Emmanuel Friedman nos anos 1950 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

A OMS reconhece que houve um aumento substancial da "medicalização do parto" nas últimas décadas, com a disseminação de um modelo de "parto ideal" (SILVA et al., 2019); isto é, a partir da implementação de um "roteiro" para a condução dos partos, que inclui um conjunto de "práticas para iniciar, acelerar, encerrar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018, p. 1, tradução nossa). A organização internacional reconhece ainda que este se tornou o modelo de assistência predominante em muitas partes do mundo e que este padrão hiper-medicalizado[94], no qual um profissional de saúde mantém o controle sobre o parto, "tende a minar a própria capacidade da mulher de dar à luz e impacta negativamente sua experiência de parto" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018, p. 1, tradução nossa). Ou seja, nos locais onde a abordagem intervencionista prevalece, a própria medicalização do parto (ou o excesso desta) figura como mais um risco incorrido pelas "mulheres grávidas saudáveis":

[94] Do original em inglês "over-medicalization"

> as mulheres grávidas saudáveis continuam sujeitas a intervenções de rotina no trabalho de parto que são ineficazes e potencialmente prejudiciais, tais como tricotomia, enema, amniotomia, infusão de líquidos intravenosos, antiespasmódicos e antibióticos para partos vaginais sem complicações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018, p. 8, tradução nossa).

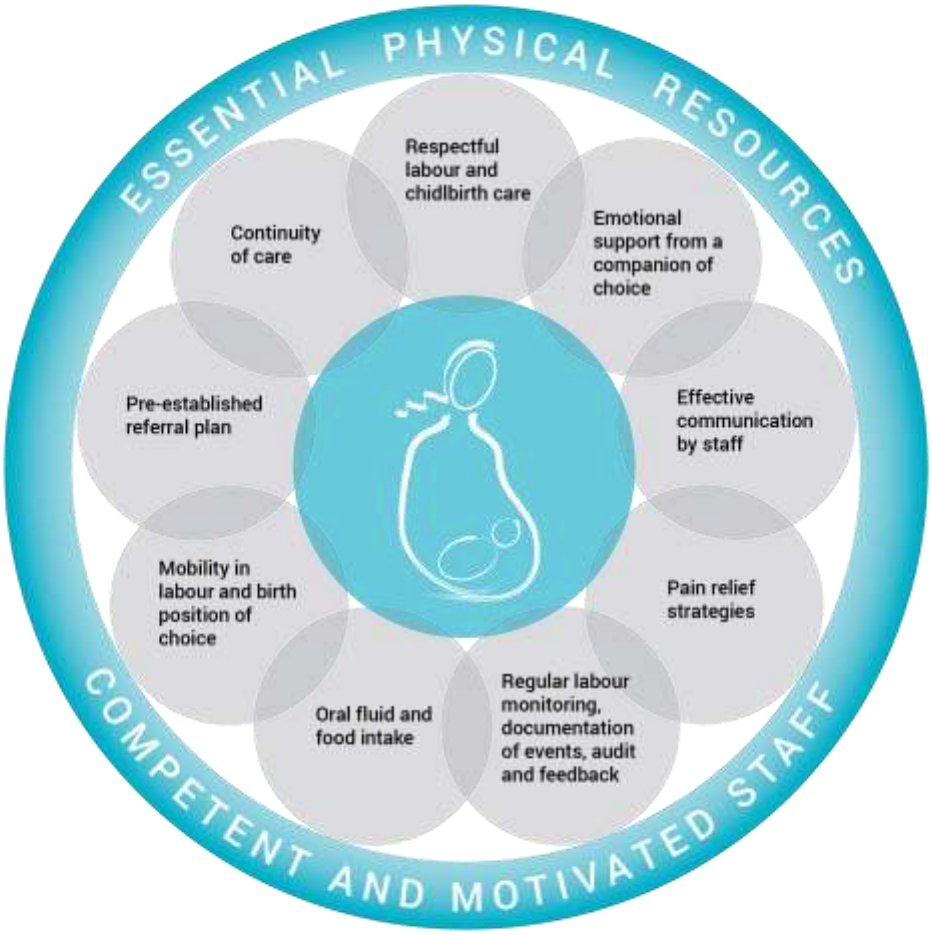
Além das intervenções "potencialmente prejudiciais" que aparecem nesta citação, existem outras práticas que vêm sendo utilizadas de forma rotineira na assistência ao parto e que devem, de acordo com a OMS, ser eliminadas, tais como: "pelvimetria" de rotina na admissão para o parto, "limpeza vaginal", cardiotocografia contínua durante o trabalho de parto, uso rotineiro de ocitocina para mulheres com analgesia epidural, "manejo ativo" do trabalho de parto, "manobra de Kristeller" (aplicação de pressão manual do fundo de útero) e episiotomia.

Assim, com o objetivo de promover a transformação das práticas de assistência ao parto, de forma que este cuidado esteja de acordo com o que é valorizado pelas mulheres, o documento *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*, publicado em 2018, elaborou um conjunto de 56 recomendações (das quais 26 são novas e 30 foram incorporadas de outras diretrizes da OMS, publicadas anteriormente) que seriam aplicáveis a todas as mulheres grávidas, independentemente de seu *status* de risco no início do trabalho de parto (mesmo se "alto" ou "baixo risco"). As intervenções no trabalho de parto relacionadas ao manejo de complicações, como "distocia de parto", "sofrimento fetal" e "coloração de mecônio" não foram consideradas no escopo dessas diretrizes.

Apesar das dificuldade para alcançar um consenso sobre as diferentes fases de um "parto normal", as recomendações da OMS para o nascimento foram agrupadas de acordo com os principais "estágios" do trabalho de parto em que elas comumente são aplicadas (no primeiro, segundo e/ou terceiro estágios). Além dessas, o documento apresenta também outras três recomendações de "intervenções não clínicas" que devem ser postas em prática ao longo de todo o trabalho de parto e durante o período após o nascimento. De acordo com o documento, essas recomendações devem ser implementadas pelos sistemas de saúde locais, idealmente, como um pacote de cuidados para a assistência ao parto, que inclui: ter um ambiente propício para o nascimento e ter disponível tanto recursos humanos (cuidados prestados por profissionais de saúde "gentis, competentes e motivados") quanto recursos físicos essenciais. Não cabe, para os objetivos deste estudo, analisar detalhadamente cada uma das diretrizes específicas para as fases do trabalho de parto. A figura 18 mostra os principais grupos de intervenções a partir dos quais as diretrizes foram elaboradas. A seguir, apresento as recomendações mais gerais e que abarcam todo o processo de parturição, isto é, o período que vai desde antes do início do trabalho de parto até o pós-parto imediato: (i) "cuidado

respeitoso” (“respectful maternity care”), (ii) “comunicação efetiva” (“effective communication”) e (iii) “suporte emocional de um acompanhante de escolha”

Figura 18: Modelo de atenção ao parto preconizado pela OMS



Nota: O modelo de atenção ao parto segundo a OMS inclui: cuidado respeitoso ao parto, apoio emocional de acompanhante de escolha, comunicação eficaz da equipe, estratégias para o alívio da dor, monitoramento regular do trabalho de parto, ingestão oral de líquidos e alimentos, livre movimentação durante o trabalho de parto e liberdade de escolha da posição de nascimento, plano de parto e continuidade do cuidado após o nascimento.

Fonte: adaptada de WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a.

“Cuidado respeitoso”. De acordo com a OMS, podemos considerar “cuidado respeitoso” como um direito humano fundamental de todas as mulheres grávidas e de seus bebês, independentemente do *status* de risco para complicações no parto, da via de nascimento (parto ou cesárea), do local (se domiciliar, em casa de parto ou no hospital) e do nível de rendimento do país onde ele ocorre (em países de alta, média ou baixa renda). Como cuidado respeitoso, a OMS define práticas de cuidados que são “organizadas e prestadas a todas as mulheres de uma forma que mantenha a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, assegure a ausência de danos e maus tratos, e permita uma escolha informada e um apoio contínuo durante o trabalho de parto e o parto” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a, p. 19). Assim, a partir de uma abordagem baseada nos direitos humanos, essas recomendações buscam não só reduzir a mortalidade e a morbilidade maternas, mas também promover alguns princípios morais que funcionariam como pilares para o cuidado respeitoso, a saber: dignidade, privacidade, confidencialidade, integridade corporal, direito à informação e respeito às escolhas, crenças e demais aspectos culturais que sejam relevantes para as mulheres. Além disso, recomenda-se que as intervenções também devem assegurar um ambiente de trabalho respeitoso e digno para prestadores de cuidados. A OMS assevera que políticas e programas pertinentes devem ser implementados para garantir que todas as mulheres, incluindo os subgrupos mais vulneráveis, não sejam excluídas dos serviços de saúde e, sobretudo, estejam cientes de seu direito a esse cuidado respeitoso.

“Comunicação efetiva”. A OMS recomenda que seja estabelecido entre as mulheres e os profissionais que as assistem uma “comunicação eficaz”, isto é, que utilize métodos simples e culturalmente aceitáveis, como: apresentar-se à mulher e dirigir-se à ela pelo nome, oferecer a informação necessária de forma clara e concisa (sem uso jargões médicos), responder às necessidades, preferências e dúvidas da mulher com uma atitude positiva e assegurar que o consentimento informado para procedimentos e exames seja obtido previamente da mulher.

“Suporte durante o trabalho de parto e parto”. A OMS recomenda que todas as mulheres tenham ao menos um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e o parto. A pessoa escolhida pela mulher deve lhe prestar apoio contínuo durante todo o processo, podendo ser alguém da família ou de sua rede social: uma doula, “cônjuge/parceiro”, “amiga ou parente do sexo feminino” ou “membro da comunidade” (tal como uma “líder comunitária feminina, trabalhadora da saúde ou parteira tradicional”). O documento pondera que é importante respeitar os desejos das mulheres, incluindo o de não ter acompanhante durante o parto se assim ela escolher.

4.3.3 Diretrizes para reduzir cesáreas desnecessárias

Além dos esforços para a transformação das práticas de assistência ao parto, a OMS também divulgou algumas recomendações para "reduzir cesáreas desnecessárias" (WHO, 2018b). Segundo uma notícia publicada em dezembro de 2018 no site da organização, o aumento alarmante de cirurgias cesarianas nas últimas décadas estaria "atingindo proporções epidêmicas". De acordo com essa nota, as "mães" desconheceriam não só os "benefícios do parto vaginal", mas, sobretudo, os "riscos da cesárea" para a sua saúde reprodutiva e para a saúde de seus bebês. Esse texto aponta ainda as principais "razões de equívoco e conveniência" para escolher a cesariana, como a ideia de que a cirurgia seria mais segura para o bebê (maior controle sobre o momento do nascimento), a "comodidade" para médicos e para mulheres (em termos de planejamento), além da possibilidade aumentada de problemas de litígio médico relacionado aos partos e de maiores "incentivos financeiros" para a realização de cesáreas.

No documento *WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*, também publicado em 2018, a OMS define a cesárea como "um procedimento cirúrgico que pode efetivamente prevenir a mortalidade materna e neonatal quando usado por razões medicamente indicadas" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b, p. 8, tradução nossa). Mas, se por um lado a cesariana é uma via de nascimento que pode "salvar a vida da mulher e do seu bebê" (ao impedir antecipadamente que um dano ou um problema maior venha a acontecer), por outro, cesárea seria uma forma de fazer nascer mais arriscada por se tratar de uma "intervenção cirúrgica de grande porte". Segundo a OMS, esse procedimento cirúrgico estaria associado a "riscos de curto e longo prazo" que podem afetar negativamente a saúde da mulher e de seus filhos, e que esses riscos são ainda maiores para mulheres que vivem em locais sem infraestrutura para realizar cirurgias de forma segura, ou com acesso limitado a cuidados obstétricos de emergência e serviços de saúde especializados para tratar complicações pós-operatórias.

Essas diretrizes referem-se às gravidezes "de baixo risco", isto é, especificamente de "mulheres saudáveis", com gestações únicas, cefálicas e à termo (até 41 semanas de gestação, aproximadamente). Algumas "complicações" ou "fatores de risco obstétrico", como gravidez pélvica ou múltipla (condições que costumam levar à realização de cesáreas, embora não configurem indicativo para tal), não foram consideradas nessas recomendações.

O documento aponta que o aumento global nas taxas de cesárea não se deve à "motivos médicos", mas especialmente às mudanças nas características populacionais, tais como: "aumento da prevalência de obesidade materna", "aumento da proporção de mulheres nulíparas", "maior idade materna no momento do parto", "aumento de nascimentos múltiplos" – características estas que estão associadas muito mais a um perfil de mulheres de camadas médias e altas da população (menos filhos, maternidade tardia, e reprodução assistida). Além dessas transformações, o documento menciona outros fatores socioculturais que estariam implicados nessa tendência: "estilo de prática profissional", medo da dor, medo de litígio médico, o desejo das mulheres de determinar como e quando seus filhos nascerão, e mudanças geracionais relacionadas ao mundo do trabalho e às responsabilidades familiares.

Assim, com a publicação dessa nova diretriz, a OMS volta seus esforços para disseminar a ideia de que a cesárea só deve ser oferecida às mulheres que realmente necessitam da intervenção cirúrgica, e não necessariamente para atingir uma taxa específica. É importante ressaltar que esse posicionamento da OMS em relação às taxas de cesáreas é relativamente recente. Como vimos anteriormente, nas recomendações de 1985, a OMS preconizava que a taxa de cesárea não deveria ultrapassar 10-15% em relação ao total de nascimentos. Essa posição só começou a ser flexibilizada em 2015, quando a organização publicou um documento amplamente divulgado na época, a "Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Nesses documentos, a OMS afirma que não existem evidências mostrando os benefícios das "cesáreas desnecessárias", isto é, das cirurgias que são feitas sem que a mulher tenha "motivos médicos" para passar pelo procedimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015, 2018b) – talvez por falta de esforço investigativo do grupo de especialistas nesse sentido, uma vez que ignora a complexidade dos aspectos relacionados aos "motivos" e "escolhas" que envolvem a cirurgia (BECKETT, 2005; NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015), reduzindo essas motivações e decisões a uma questão puramente de "riscos" e "benefícios" segundo critérios médicos.

Além disso, a OMS assevera que há evidências mostrando justamente o contrário, ou seja, de que as cesáreas desnecessárias podem oferecer "potenciais riscos" à vida e ao bem-estar das mulheres e de seus bebês. Os "riscos de curto prazo" associados à cirurgia são: hemorragia e necessidade de transfusão de sangue, lesão/perda de órgãos, infecção, doença tromboembólica, complicações materna e fetal decorrentes do uso de anestésicos na cirurgia e "desconforto respiratório neonatal". Já os "riscos a longo prazo" aos quais a cesárea tem sido associada são: risco de a criança vir a ter problemas com asma e obesidade no futuro, problemas/dificuldade no estabelecimento da amamentação, incontinência urinária ou fecal,

“fístula obstétrica” e complicações em gestações futuras (parto prematuro, ruptura uterina, placenta acreta, placenta prévia, gravidez ectópica, infertilidade, histerectomia e aderências intra-abdominais), sendo que esse risco vai aumentando progressivamente com a realização de cesáreas subsequentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b).

As recomendações propostas pela OMS para reduzir as cesáreas desnecessárias são fundamentadas, sobretudo, em “intervenções não clínicas”. Essas intervenções (sociais) são dirigidas tanto aos profissionais de saúde, às mulheres e sua comunidade, quanto aos sistemas de saúde, a saber:

(i) Intervenções educativas para mulheres durante o pré-natal: “oficinas de treinamento de parto”, “programas de treinamento de relaxamento liderados por enfermeiras”, “programas psicossociais de prevenção baseados em casais” e “psicoeducação para mulheres com medo do parto” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b, p. 28)

(ii) Diretrizes clínicas e segunda opinião: para reduzir cesáreas desnecessárias, a OMS recomenda a utilização de diretrizes para uma “prática clínica baseadas em evidências” combinadas com “segunda opinião obrigatória de médicos experientes” antes de se indicar a realização da cirurgia.

(iii) Auditoria e feedback: a OMS recomenda a realização de auditorias acerca da realização de cesariana e feedback oportuno aos profissionais de saúde.

(iv) Modelo de cuidado colaborativo obstetra-obstetriz: implementação de um modelo colaborativo de assistência ao parto, no qual os cuidados durante o trabalho de parto seriam prestados principalmente por obstetrizes/parteiras, e estas teriam “cobertura” 24 horas por dia de um obstetra, para o caso de complicações, sem que haja outros deveres clínicos por parte deste.

(v) Estratégias financeiras: implementação de mudanças na forma como as diferentes vias de nascimento são custeadas, de modo que os seguros de saúde equiparem os honorários médicos para partos vaginais e cirurgias cesarianas.

A partir das recomendações direcionadas às gravidezes e aos nascimentos, a OMS busca estabelecer um padrão global de assistência, promovendo o conceito de experiência positiva de gravidez, parto e maternidade como um aspecto fundamental não só para transformar as práticas de cuidado e garantir melhores resultados, mas também para “criar famílias e comunidades prósperas”. As práticas de cuidados pré-natais e de assistência ao parto aparecem nessas diretrizes como um “dispositivo generificado para o monitoramento e gestão de riscos”, no sentido tal como proposto por Ilana Löwy (2018), tendo em vista que a vigilância e o disciplinamento dos corpos das mulheres grávidas estão atrelados a uma ideia

ocidentalizada acerca do papel das “mulheres-mães” como figuras responsáveis, cuidadoras e destinadas à maternidade. Com isso, o mito de que as mães são “naturalmente” altruístas vai sendo reforçado, como observa Potvin (2015), a partir do pressuposto de que as mulheres sempre vão colocar as necessidades de seus filhos em primeiro lugar e que os recursos e programas de educação para “promoção da saúde” fornecidos a uma mãe irão beneficiar o bebê e, por extensão, o futuro de sua comunidade.

Nesses documentos, a gravidez e o nascimento são descritos como momentos críticos na vida de mulheres e bebês. Argumento que seria um momento “crítico”, não tanto pelas “consequências físicas e sociais de tal acontecimento”, parafraseando Aldous Huxley (epígrafe), mas principalmente em decorrência dos inúmeros perigos que rondam esses momentos. Como observa Löwy (2018), gravidez e nascimento, ao mesmo tempo que podem ser encarados como eventos que simbolizam esperança e renovação, também são vistos como potencialmente arriscados (a começar pela possibilidade de morte materna e perinatal). Nesse sentido, mulheres e bebês, gravidezes e nascimentos são continuamente classificados de acordo com o “status de risco” que carregam no instante da avaliação – considerando que complicações sempre podem surgir, evidentemente.

Assim, os cuidados pré-natais e intraparto propostos nas recomendações da OMS, além de tentar fomentar valores associados à uma “maternidade positiva”, servem especialmente para tentar identificar, monitorar e controlar/mitigar os numerosos “fatores de risco” para complicações que poderiam causar algum dano ou levar à morte. Como vimos, os “riscos potenciais” são vários e podem estar relacionados não só às mulheres e bebês, como também aos profissionais/cuidadores e aos sistemas de saúde.

O principal “resultado de interesse” a ser alcançado com essas diretrizes, de acordo com a OMS, faz referência à avaliação das mulheres quanto às suas experiências de gravidez e parto (p. ex. “satisfação materna” quanto à utilidade do tratamento/intervenção no pré-natal e no parto). Como apresentado anteriormente, além dos desfechos que devem ser alcançados, existem também aqueles que devem ser evitados. Nesse sentido, a partir da análise dos “resultados de interesse” relacionados às práticas clínicas e não clínicas preconizadas pela OMS nestes três documentos, mapeei as seguintes noções de risco para mulheres e fetos/bebês:

Resultados maternos. Em relação aos “resultados maternos”, a OMS considera que as mulheres, além do risco de abortar e de morrer, estão sujeitas ao “risco de resultados adversos” em decorrência da gravidez e do parto. Estes riscos estão reunidos na categoria guarda-chuva “morbidade materna”, que inclui, por exemplo, o desenvolvimento de

“distúrbios hipertensivos” (pré-eclâmpsia/eclâmpsia) e de diabetes, infecções, anemia, ganho de peso excessivo, hemorragia e necessidade de transfusão de sangue, incontinência urinária e “fístula obstétrica”. Além desses, existem os riscos relacionados ao comportamento materno, como o de “perder o equilíbrio”; ao consumo/contato com substâncias, como os riscos da exposição ao tabaco, álcool e drogas e os “efeitos colaterais” da utilização de fármacos (p. ex. analgesia epidural e opióides); e ao “modo de nascimento”, que se refere à duração do trabalho de parto e à ocorrência ou não de complicações (p. ex. desproporção céfalo-pélvica), ao local e à via de nascimento (em especial se for cesárea), aos maus tratos sofridos e, principalmente, às intervenções médicas consideradas “desnecessárias” (p. ex. o uso rotineiro de ocitocina), que podem causar danos à saúde das mulheres e dos bebês “sem melhorar os resultados substantivos do parto”, levando ao risco de uma “cascata de intervenções”, isto é, de intervenções adicionais para “corrigir” o problema causado pela primeira intervenção (por exemplo, episiotomia e “parto instrumental”). Este último item também está atrelado aos riscos relacionados à integridade corporal, como traumas e lesões na vagina, períneo e esfíncter anal, e aos diversos riscos relacionados à realização de “cesáreas desnecessárias”, citados anteriormente.

Resultados fetais/neonatais. A OMS considera que fetos/bebês, além do nascimento prematuro e “óbito perinatal”, estão sujeitos ao risco de ter problemas no desenvolvimento durante a gestação, como “restrição no crescimento fetal/pequeno para a idade gestacional/baixo peso de nascimento”, “macrossomia/grande para a idade gestacional” e “anomalias congênitas”. Existem os riscos relacionados ao “sofrimento fetal” durante o trabalho de parto e parto, como o de “desconforto/depressão respiratória” e “hipóxia-isquemia perinatal”. Além desses, fetos/bebês também estariam sujeitos a algumas “morbidades”, como o de internação em unidade de terapia intensiva neonatal e o de transmissão perinatal do HIV e outras infecções neonatais. Existem ainda os riscos infantis a curto e longo prazo, como problemas para o estabelecimento da amamentação e asma e obesidade no futuro.

5 RISCOS LOCAIS E SITUADOS

5.1 Histórias cruzadas

As participantes deste estudo são mulheres cis, brasileiras, com idades entre 25 e 39 anos, a maior parte delas em torno dos 33-36 anos, e que estavam grávidas ou tinham tido filho no Canadá há no máximo 2 anos quando participaram da pesquisa. Todas se declararam heterossexuais, vivendo em um relacionamento (casamento civil ou união estável) com o genitor/pai do bebê. As mulheres que participaram deste estudo são representantes das camadas médias urbanas escolarizadas brasileiras, em que o princípio de "desenraizamento"[95] e valores individualistas (como escolha, liberdade e autonomia) se articulam às noções de projeto e de mobilidade social (VELHO, 1997).

Conforme apresentado na Tabela 1, as participantes eram provenientes de três regiões do Brasil, principalmente, do Sul (n=6) e do Sudeste (n=7) e, algumas do Nordeste (n=2). Todas possuíam formação de nível superior, das quais oito também tinham concluído algum curso de nível de pós-graduação. Com exceção de uma participante, todas as outras exerciam ocupação remunerada quando estavam grávidas. Com a migração para o Canadá, elas passaram a realizar atividades laborais (principalmente, na área de serviços) distintas da profissão que exerciam anteriormente no Brasil (por exemplo, uma participante que era arquiteta no Brasil trabalhava com "design de interiores", pois a Arquitetura é uma atividade regulamentada no Canadá), indicando assim uma possível perda de status social e de classe. Todas as participantes estavam "legais" no Canadá[96], na condição de "residente temporária" (n=4), "residente permanente" (n=8) ou como "cidadã canadense" (n=3). Em relação ao tempo de residência, a maior parte das participantes morava no país há menos de 5 anos (n=10), enquanto outras participantes estavam no Canadá entre 5 e 10 anos (n=4) e apenas uma vivia há mais de 10 anos no país (n=1). A renda familiar média de grande parte das

[95] Relaciona-se a um afastamento da sua condição de origem como condição para ascensão social do indivíduo.

[96] De acordo com informações no site do governo canadense, "possuir status legal significa que você está autorizado a entrar e permanecer no Canadá como residente temporário ou permanente sob a Lei de Proteção à Imigração e Refugiados, como cidadão canadense sob a Lei de Cidadania ou como Indígena Registrado sob a Lei Indígena. O status de residente temporário é válido por um período de tempo específico e você deve garantir que seu status de residente temporário permaneça válido enquanto estiver no Canadá". Para mais informações: < https://www.cic.gc.ca/ >. Acessado em: 4 abr 2023.

participantes estava acima do salário-mínimo provincial,[97] variando entre 50 e 100 mil dólares canadenses por ano (n=9), sendo que algumas tinham renda anual acima de 100 mil dólares canadenses (n=5) e somente uma participante tinha renda familiar inferior a 50 mil por ano. Em suma, são mulheres que pertenciam a um grupo de certo privilégio socioeconômico no Brasil, que perderam status ao mudarem de país, mas ainda assim possuem uma renda acima da média entre imigrantes no Canadá.[98]

Em relação à autodeclaração étnico-racial, as respostas variavam, principalmente, em função da cor da pele e da origem, ou dessas duas variáveis combinadas. Somente uma participante respondeu a essa pergunta baseada em uma ideia de raça ("caucasiana"). No que diz respeito à cor da pele, seis participantes responderam que eram brancas, duas se declararam pardas e uma preta. Nem todas mencionaram cor (n=6). Algumas participantes tinham dúvidas sobre qual seria a classificação da tonalidade da sua pele no Canadá, respondendo, por exemplo, com um "acho que sou branca". Como observam Miranda, Souza e Almeida (2020), a falta de uma reflexão prévia sobre pertença étnico-racial pode promover dúvidas e certo desconforto no respondente, justamente pelo fato de ele se perceber em uma espécies de "limbo racial", ao não se "encaixar" nas classificações existentes/conhecidas/vigentes no momento da autodeclaração. Por outro lado, Nat, a única participante do estudo que se declarou preta, entendendo que esse processo de (auto)identificação também pode ser um ato de posicionamento social e político (MIRANDA; SOUZA; ALMEIDA, 2020), respondeu de modo bem distinto, sendo assertiva e usando de ironia: "*Preta. É que a minha certidão de nascimento diz que eu sou parda, mas eu não sou um papel de pão, né?*".

Em relação às autodeclarações em função da origem, uma participante respondeu "brasileira", oito responderam "latina" e seis não mencionaram nada a esse respeito. Joana, a participante que se autodeclarou "brasileira", baseando-se em uma perspectiva histórica colonial sobre o "descobrimento do Brasil", explicou sua resposta da seguinte forma: "*É... no meu caso é mais indígena. Eu tenho... basicamente, indígena, como muitos brasileiros, né? E português. São os meus principais. Então, é um pouco Europa, porque tem espanhol,*

---

[97] O salário-mínimo em Ontário é um dos maiores do Canadá e estava $15,50 dólares canadenses por hora na época em que essa pesquisa foi realizada.

[98] De acordo com informações publicadas no site oficial do governo canadense, no Canadá, em 2017, imigrantes correspondiam a um terço dos trabalhadores com salário-mínimo. Disponível em: https://www.canada.ca/content/dam/esdc-edsc/documents/services/reports/SPAWID-SPLR-IssuePaper-MinWage-FINAL-EN.pdf . Acesso em: 20 maio 2023.

português. Então é europeu e indígena. Brasileira". Já dentre as "latinas", Ana respondeu assim: "*Latina, é o que eu sempre respondo aqui"*.

Como argumentam Oro e Brandalise (2008), podemos entender a ideia de latinidade como "representação, portadora de complexas referências históricas, culturais e simbólicas que podem ser interpeladas pois expressam, em alguma medida, singularidades, não essencializadas porém, da América latina"(ORO; BRANDALISE, 2008, p. 11). Assim, poderíamos pensar num primeiro momento que essa "latinidade" ou designação identitária com aquilo que se considera "latino" seria uma possível identificação das participantes da pesquisa com outras mulheres imigrantes no Canadá, em especial aquelas provenientes de outros países da América do Sul ou da América Central e Caribe (isso, por uma proximidade geográfica ou a partir de uma suposta aproximação cultural). Mas, quando pensamos sobre essas questões a partir de uma perspectiva decolonial, como a proposta conceitual de Lélia Gonzalez para uma "Améfrica Ladina", que questiona a própria noção de América Latina[99] e o status de subordinação que essa ideia de latinidade confere às mulheres "amefricanas" e "ameríndias" (GONZALEZ; RIOS; LIMA, 2020), podemos observar que a autodeclaração "latina" apresenta mais do que uma referência a um conjunto de características culturais e simbólicas de uma região. Na perspectiva decolonial, "latina" se configura como um rótulo que reafirma um projeto colonial e eurocêntrico, ao promover o apagamento de elementos ameríndios e africanos que nos constituem. Como nos lembra Fonseca (2021), a ideia de latinidade tem suas raízes no mesmo processo colonial que promoveu o apagamento das dimensões indígenas e negras no processo de constituição das Américas, enquanto exaltava as origens latinas comuns a países europeus (e não aos países "sul-americanos" como se costuma pensar).[100]

---

[99] De acordo com Fonseca (2021), Lélia Gonzales questionava as imposições históricas, culturais, políticas e geográficas do que se constituiu como "América Latina", negando a existência de uma "latinidade" e defendendo que as nossas raízes eram formadas, principalmente, por elementos ameríndios e africanos.

[100] O termo "América Latina" teria sido cunhado na França bonapartista, no início do século XIX, para justificar as pretensões geopolíticas da França sobre as terras invadidas e ocupadas por Espanha e Portugal nas "Américas", apelando para o resgate das origens latinas comuns a esses países europeus (FONSECA, 2021). Assim, esse termo surge associado à noção de "latinidade", que demarcava o interesse dos países europeus de origem latina sobre o "novo continente", diferenciando-os da Europa anglo-saxônica (Inglaterra) (QUENTAL, 2013).

Tabela 1: Perfil sociodemográfico das participantes

Nº	Apelido	Grupo	Idade	Autodeclaração sexualidade	Tem parceiro/a	Região de origem no Brasil	Nível de escolaridade	Exerce ocupação remunerada	Ocupação principal	Status migratório	Tempo que vive no Canadá	Renda anual familiar	Autodeclaração cor/raça/etnia
1	Fernanda	PP	37	Heterossexual	Sim	Sudeste	Pós-graduação	Sim	Designer	Residente permanente	< 5 anos	> 100 mil	Branca
2	Carol D	G	28	Heterossexual	Sim	Sul	Pós-graduação	Sim	Professora Inglês	Residente temporária	< 5 anos	50 < 100 mil	Branca, latina
3	Jaque	G	33	Heterossexual	Sim	Sudeste	Pós-graduação	Sim	Contadora	Residente permanente	< 5 anos	50 < 100 mil	Parda
4	Zefa	PP	36	Heterossexual	Sim	Sudeste	Ensino superior	Sim	Assistente adminitrativo	Residente permanente	< 5 anos	> 100 mil	Parda, latina
5	J.	G	32	Heterossexual	Sim	Sul	Ensino superior	Sim	Diretora financeira	Residente temporária	< 5 anos	50 < 100 mil	Branca, latina
6	L.	PP	35	Heterossexual	Sim	Nordeste	Pós-graduação	Sim	Gerente de pesquisa	Cidadã Canadense	5 < 10 anos	> 100 mil	Latina
7	Mãe da Clara	PP	25	Heterossexual	Sim	Sudeste	Ensino superior	Sim	Hostess	Residente permanente	< 5 anos	< 50 mil	Branca, latina
8	Ana	PP	38	Heterossexual	Sim	Sudeste	Pós-graduação	Sim	Analista de imigração	Residente permanente	< 5 anos	50 < 100 mil	Latina
10	Julia	PP	33	Heterossexual	Sim	Sul	Pós-graduação	Sim	Corretora de imóveis	Residente permanente	5 < 10 anos	> 100 mil	Branca
11	Joana	PP	36	Heterossexual	Sim	Sul	Ensino superior	Sim	Design Interiores	Residente permanente	5 < 10 anos	> 100 mil	Brasileira
12	Thi	G	27	Heterossexual	Sim	Nordeste	Ensino superior	Sim	Supervisora de loja	Residente temporária	< 5 anos	50 < 100 mil	Latina
13	Mila	G	39	Heterossexual	Sim	Sul	Pós-graduação	Não	Mãe	Cidadã Canadense	5 < 10 anos	50 < 100 mil	Branca
14	Nat	PP	30	Heterossexual	Sim	Sudeste	Ensino superior	Sim	Assistente adminitrativo	Residente temporária	< 5 anos	50 < 100 mil	Preta
15	Pumpkin	PP	38	Heterossexual	Sim	Sul	Pós-graduação	Sim	Farmacêutica	Cidadã Canadense	> 10 anos	50 < 100 mil	Caucasiana
16	R.	PP	36	Heterossexual	Sim	Sudeste	Ensino superior	Sim	Atendimento ao cliente	Residente permanente	< 5 anos	50 < 100 mil	Latina

Fonte: A autora, 2023.

Como mencionado no capítulo 2, as participantes deste estudo, quando começaram a participação na pesquisa, foram divididas em dois grupos de acordo com o “perfil reprodutivo”: o grupo das que ainda estavam grávidas e o grupo das participantes que já tinham tido filhos (pós-parto). Ademais, além dessa gravidez ou desse nascimento, algumas participantes possuíam históricos reprodutivos que influenciavam suas percepções de risco sobre esses processos. Conforme apresentado no resumo esquemático abaixo (Tabela 2) e em maiores detalhes na tabela 3 a seguir, nove participantes eram “marinheiras de primeira viagem” (REZENDE, 2017) e estavam na primeira gestação, quatro estavam na segunda experiência de gravidez (dentre as quais duas participantes, Joana e Nat, tinham passado anteriormente por uma perda gestacional) e duas participantes estavam na terceira gestação. Das quatro participantes que têm mais de um filho, todas passaram por, pelo menos, uma cesárea anterior.

Tabela 2: Perfil de inclusão das participantes na pesquisa

Perfil de inclusão das participantes, número total de gestações e desfechos anteriores

	GRÁVIDA	PÓS-PARTO	
1ª GESTAÇÃO	2.Carol 5.J. 12.Thi	4.Zefa 7.Mãe da Clara 15.Pumpkin	6.L. 10.Julia 16.R.
2ª GESTAÇÃO	3.Jaque	1.Fernanda	11.Joana 14.Nat
3ª GESTAÇÃO	13.Mila	8.Ana	

Legenda:

(elipse dupla)	Cesárea anterior
(elipse pontilhada)	Perda gestacional

Fonte: A autora, 2023.

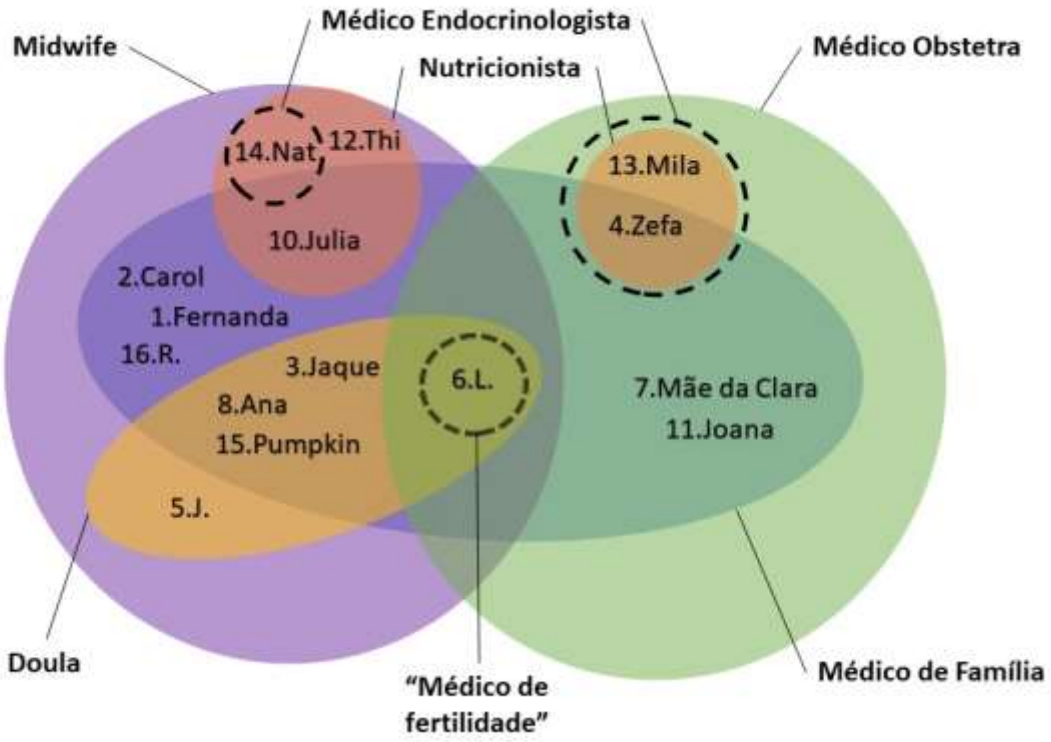
Tabela 3: Perfil reprodutivo das participantes da pesquisa

Nº	Apelido	Grupo	Nº Gestações	Desfechos anteriores	Status migratório	Classificação de risco na gestação	Profissionais no pré-natal	Via de Nascimento	Local de Nascimento	Profissionais no nascimento	Classificação de risco no nascimento
1	Fernanda	PP	2	Cesárea (no Brasil)	Residente permanente	Saudável	Médico de família, Midwives	"Cesárea de emergência"	Hospital	Obstetra	Risco (alteração BCF)
2	Carol D	G	1	N/A	Residente temporária	Saudável	Médico de família, Midwives	"Parto normal" (com anestesia)	Hospital	Midwives	Sem risco
3	Jaque	G	2	Cesárea (no Canadá)	Residente permanente	Saudável	Médico de família, Midwives, Doula	"Parto normal" (com anestesia)	Hospital	Midwives	Baixo risco (VBAC)
4	Zefa	PP	1	N/A	Residente permanente	Risco (diabetes)	Médico de família, Obstetra, Nutricionista, Endocrinologista	"Cesárea agendada"	Hospital	Obstetra	Risco (diabetes e feto pélvico)
5	J.	G	1	N/A	Residente temporária	Saudável	Midwives, Doula	"Parto natural"	Domicílio	Midwives, Doula	Sem risco
6	L.	PP	1	N/A	Cidadã Canadense	"Gestação delicada" -> Alto risco -> Baixo risco	Médico de família, "Médico de fertilidade", Obstetra, Midwife, Doula	"Cesárea de emergência"	Hospital	Obstetra	Risco (alteração BCF)
7	Mãe da Clara	PP	1	N/A	Residente permanente	Risco (suspeita de "síndrome de vanishing twin")	Médico de família, Obstetra	"Parto induzido" (com ocitocina, e episiotomia e fórceps)	Hospital	Obstetra	Risco (alteração BCF)
8	Ana	PP	3	Cesárea (no Brasil) P. Natural (no Canadá)	Residente permanente	Saudável	Médico de família, Midwives, Doula	"Parto natural"	Domicílio	Midwives, Doula	Baixo risco (2º VBAC)
10	Julia	PP	1	N/A	Residente permanente	Saudável	Médico de família, Midwives, Nutricionista	"Parto natural"	Birth Center	Midwives	Baixo risco (presença de mecônio)
11	Joana	PP	2	Aborto	Residente permanente	Saudável	Médico de família, Obstetra	"Parto induzido" (com ocitocina, e anestesia)	Hospital	Obstetra	Risco ("pouco líquido")
12	Thi	G	1	N/A	Residente temporária	Saudável	Midwives, Nutricionista	"Cesárea de emergência"	Hospital	Obstetra	Risco (alteração BCF)
13	Mila	G	3	2 Cesáreas (no Canadá)	Cidadã Canadense	Risco (diabetes)	Obstetra, Nutricionista, Endocrinologista	"Cesárea agendada"	Hospital	Obstetra	Risco (diabetes e 2 cesáreas anteriores)
14	Nat	PP	2	Aborto	Residente temporária	Baixo risco (diabetes gestacional)	Midwife, Nutricionista, Endocrinologista	"Parto induzido"	Hospital	Obstetra, Midwife	Risco (pequeno para idade gestacional)
15	Pumpkin	PP	1	N/A	Cidadã Canadense	Saudável	Médico de família Midwives, Doulas	"Parto natural"	Domicílio	Midwives, Doula	Sem risco
16	R.	PP	1	N/A	Residente permanente	Saudável	Médico de família Midwives	"Parto normal" (com anestesia)	Hospital	Midwives	Sem risco

Fonte: A autora, 2023.

Todas as participantes da pesquisa iniciaram o acompanhamento pré-natal nas primeiras semanas de gestação e fizeram esse acompanhamento com pelo menos dois profissionais de saúde, dentre: midwife, médico obstetra, médico de família, "médico de fertilidade", médico endocrinologista, nutricionista e doula (Figura 20). Como é possível observar no diagrama a seguir, a maioria das participantes (n=11) iniciou o acompanhamento pré-natal com médico de família[101] e depois deram prosseguimento com outros profissionais: quatro participantes continuaram o acompanhamento pré-natal com médico obstetra, dez seguiram com midwives e uma das participantes foi acompanhada durante a gravidez tanto por midwives quanto por médicos obstetras, além do médico especialista em reprodução humana.

Figura 19: Profissionais no pré-natal



Fonte: A autora, 2023.

[101] Interessante notar que das quatro participantes que não passaram por médico de família, três eram residentes temporárias. Observo que isso reflete uma dificuldade comumente relatada por alguns brasileiros que estão como "temporários" no Canadá e que, por não estarem assegurados pelo seguro saúde provincial, algumas vezes não conseguem ter o acompanhamento regular por um médico de família. Em casos de alguma necessidade de saúde, essas pessoas buscam assistência médica nas chamadas "*walk-in clinics*". Uma clínica "*walk-in*" é um estabelecimento médico que faz consultas ambulatoriais em pacientes em regime de visitação, isto é, atendimento médico para pessoas que não têm médico de família ou para aqueles que já são acompanhados por um médico de família mas que não conseguem contatá-lo.

Todas as participantes deste estudo eram usuárias de planos de saúde quando viviam no Brasil e, depois que se mudaram para o Canadá, passaram a utilizar o sistema público de saúde. Embora a cobertura dos serviços e da população assegurada pelo sistema público de saúde da província de Ontário, o *Ontario Health Insurance Plan*, não seja universal, todas as despesas referentes à assistência pré-natal e ao parto de todas as participantes foram integralmente cobertas por esse sistema, mesmo para quem não estava com a "carteirinha válida" do seguro saúde provincial (como aconteceu com duas participantes que tinham status de residente temporário). Somente as despesas relacionadas a alguns serviços complementares que não são cobertos pelo sistema público, como os serviços prestados por doulas, quiropratas e fisioterapeutas, além da realização de alguns exames extras, como as ultrassonografias 3D e o "screening genético", foram custeadas por algumas participantes de forma particular ou pagas por meio de seguro saúde, como elas estavam acostumadas a fazer quando viviam no Brasil.

Neste estudo, os bebês de todas as participantes nasceram bem, saudáveis, e não apresentaram nenhuma complicação após o nascimento. Em relação ao local de nascimento, onze aconteceram em hospitais, um no *birth centre* e três no domicílio das próprias participantes. Já no que se refere à via/tipo de nascimento, todos os nascimentos que aconteceram em hospitais (n=11) sofreram algum tipo/nível de intervenção médica, sendo três "cesáreas de emergência", duas "cesáreas agendadas", três "partos induzidos" e três "parto normais" (partos com analgesia ou anestesia), enquanto os quatro nascimentos que aconteceram em ambientes extra-hospitalares não sofreram nenhum tipo de intervenção médica e foram classificados como "partos naturais".

É importante ressaltar que, neste estudo, considerei que as classificações de risco tanto da gestação quanto do tipo/via de nascimento (parto/cesárea) referem-se aos perigos percebidos pelas próprias participantes durante a gravidez e nascimento de seus filhos. A maior parte das participantes da pesquisa (n=10) declarou ter tido uma gravidez "saudável"; essa classificação "gravidez saudável" apareceu nos discursos das mulheres de modo intercambiável às categorias "gestação tranquila", "gravidez sem risco" ou "gestação de risco habitual". De modo diferente, cinco participantes relataram a existência de algum tipo de risco que se relacionava com a gestação, tais como: ter passado por um "tratamento de fertilidade", ter a suspeita de uma "síndrome" rara ou ter uma doença prévia ou outra condição de saúde concomitante à gravidez, conforme é possível observar na tabela 2 apresentada anteriormente.

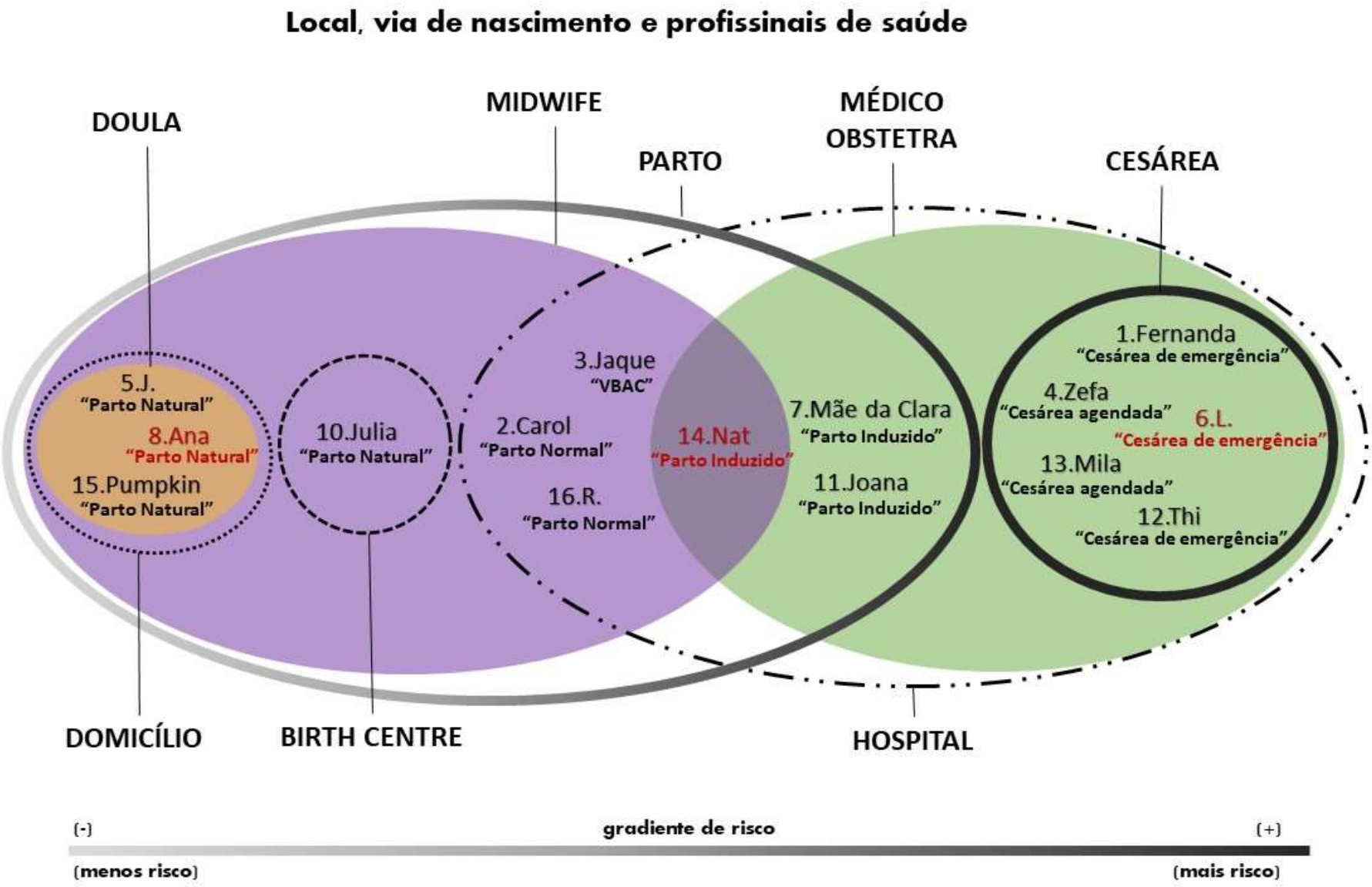
Por outro lado, em relação à percepção de risco no nascimento, das dez gravidezes consideradas "saudáveis", somente sete participantes classificaram o momento do parto como

sendo “sem risco” ou de “baixo risco” (porque consideravam a existência de alguma imprevisibilidade no processo de parturição). Isto é, ao longo da gravidez, para algumas das participantes há uma mudança na classificação de risco, sempre num sentido crescente, conforme vai se aproximando o nascimento e durante o trabalho de parto em si.

Com isso, neste estudo, a maior parte das participantes (n=8) declarou ter tido alguma complicação no momento do nascimento que indicava uma “faixa de risco” ou sugeria uma “zona de perigo” que não poderia ser ultrapassada. Esse risco poderia estar associado a uma doença ou condição prévia da gestante (diabetes ou ter cesárea anterior), mas se relacionava sobretudo com alguma ameaça para o feto, como sua posição (estar “pélvico”) e seu tamanho (pequeno para a idade gestacional), ou estar com “pouco líquido” amniótico (“*o líquido estava baixo, quer dizer, era um risco, vamos dizer assim*”, como disse Joana), ou ainda, como aconteceu com quatro participantes, ter uma alteração “não tranquilizadora” nos batimentos cardíacos fetais: “*estressou muito o bebê e aí fez com que o batimento dele caísse*”, como relatou Fernanda. Assim, de acordo com as participantes, a possibilidade de acontecer um dano à saúde do feto/bebê justificaria a realização de algumas intervenções, como o uso de ocitocina, episiotomia e fórceps: “*a obstetra falou: ‘a gente tem que tirar essa criança daqui agora!’, porque o coração dela tava muito alto*”, falou Mãe da Clara sobre as intervenções realizadas durante o parto, sem que seu consentimento fosse previamente solicitado.

No diagrama a seguir (Figura 21), apresento uma distribuição das participantes da pesquisa, na qual elas foram alocadas em áreas específicas de acordo com o local (domicílio, *birth centre* e hospital), a via/tipo (“parto natural”, “parto normal”, “parto induzido”, “cesárea agendada” e “cesárea de emergência”) e os profissionais que acompanharam o nascimento (doula, midwife e médico obstetra). Essa distribuição esquemática, além de apresentar intersecções entre algumas dessas áreas, segue um “gradiente de risco” que foi pensado e elaborado a partir dos relatos das participantes, ou seja, do que aparecia nessas narrativas como sendo risco “real” ou “percebido” durante os nascimentos dos bebês.

Figura 20: Gradiente de risco no nascimento



Fonte: A autora, 2023.

Por exemplo, a partir dessa representação espacial é possível observar que, para algumas mulheres, os "partos naturais" que aconteceram fora do hospital sob a assistência de midwives foram descritos como processos "mais seguros", com baixa possibilidade de acontecer algum problema ou complicação (estas, seriam consideradas "fatalidades"): *"o fato de o parto ser um processo completamente fisiológico e que você, querendo ou não, o bebê sai de dentro de você. É claro que podem existir intercorrências, como existe em outros processos fisiológicos. Existem intercorrências. Mas, o normal, o natural é você engravidar, entrar em trabalho de parto e parir esse bebê*", disse Ana sobre a "grandiosidade da experiência de parir naturalmente". Já os "partos normais" que aconteceram em hospitais, mesmo que sob a assistência de midwives, apareciam nos relatos como eventos que traziam em si algum tipo de risco ou incerteza que justificava a necessidade de parir em um hospital, seja relacionado às dores do parto, como o desconhecimento sobre a intensidade da dor e o medo de não conseguir suportá-la, seja em decorrência de possíveis complicações durante o parto, como ruptura uterina no caso de um VBAC.[102]

De modo distinto, no lado oposto do diagrama, estão representados os nascimentos que foram assistidos por médicos, como os "partos induzidos" e, em especial, as "cesáreas de emergência". Esses nascimentos foram descritos como mais arriscados e tanto médicos como os hospitais e seus aparatos tecnológicos aparecem como dispositivos para superar os riscos de complicações obstétricas. Por exemplo, Joana disse o seguinte sobre sua opção pelo parto hospitalar com a assistência de médico obstetra: "*eu estaria num ambiente controlado, com médico. E o médico faria o meu parto. E se precisasse de alguma coisa diferente já tava preparado [...] eu jamais teria em casa, eu tenho muito medo de alguma coisa acontecer e ter que sair correndo para o hospital. Isso é um pouco demais. Muito estresse que não precisa, na minha opinião*".

Quem passou por "cesárea agendada" relatou ter algum conhecimento sobre riscos decorrentes da cirurgia: "*tinha um papel que eu assinei sobre os riscos da cesárea, mas na hora você nem lê. Precisa sair, não tem outro jeito. Então, eu não tenho opção. Eu sei que tinha riscos, mas eu assinei e pronto*", disse Zefa sobre o termo de consentimento que assinou, onde teria sido informada sobre os riscos da via cirúrgica. Mas, assim como foi observado por Chadwick e Foster (2014), elas consideravam que a cesariana, mesmo com riscos, era uma maneira "menos arriscada" do que o parto para lidar com as incertezas e imprevisibilidade no nascimento dos filhos. Os partos eram descritos como eventos críticos,

[102] Sigla em inglês para "parto vaginal após cesárea".

afinal, eram de "gestações de risco": "*por não ser uma pessoa tão saudável, por estar acima do peso, por conta da diabetes, o meu parto seria induzido. Eu fiz a cesárea porque ela tava breech, mas seria induzido naquela semana eu querendo ou não. Então, eu não poderia ter em casa, esse ambiente não funcionaria para mim por questões de segurança com a minha saúde, teria que ser no hospital [...] eu precisava ser assistida, com injeções, com glicemia, com tudo que eu pudesse*", disse Zefa ao justificar a necessidade do parto hospitalar.

É importante ressaltar que nessa pesquisa eu tive a oportunidade de conversar com diferentes mulheres e de conhecer quinze histórias únicas, singulares em suas trajetórias. Essas histórias, por vezes, se cruzavam em alguns momentos e espaços, apresentando situações e trajetórias semelhantes. Por exemplo, três participantes tinham que lidar com a mesma questão de saúde durante a gravidez, a diabetes, e outras duas fizeram o acompanhamento pré-natal com a mesma equipe de midwives. Mas ainda assim, nesse estudo, essas histórias foram tratadas como trajetórias particulares e analisadas de forma individual.

Considerando que seria exaustivo expor as entrevistas das quinze participantes, eu optei por apresentar somente três histórias: as trajetórias de L., Ana e Nat (Apêndices E, F e G). Conforme aparece destacado em vermelho na figura 21, elas ocupam posições bem diferentes no "gradiente de risco". Embora essas três histórias apresentem algumas similaridades, as trajetórias são distintas e revelam diferentes percepções e maneiras de lidar com os perigos que rondam a reprodução: L. na sua primeira e única experiência reprodutiva, de uma "gestação delicada", seguiu por um caminho extremamente medicalizado (desde antes da concepção); já Ana, no polo oposto e na terceira gravidez, seguiu em busca do "parto perfeito" por uma linha mais "natural", sem intervenção médica "desnecessária"; e Nat, que já tinha passado por um aborto e estava esperando a sua "loteria", apesar de conhecer "o sistema de intervenções" e de ter tentado escapar dessa "linha de violências" durante a gravidez, no final do período de gestação e no parto "foi como se o carro perdesse o volante", como ela descreveu sua percepção de descontrole sobre o processo.

A seguir, apresento uma discussão consolidada baseada nos dados obtidos a partir da análise das histórias das outras participantes sobre algumas noções de riscos na gravidez, especificamente no que se refere aos momentos iniciais da gestação e aos cuidados e às mudanças de estilo de vida adotadas durante esse período.

5.2 **“Já mandei pro meu marido: é hoje, Ludmilla mandou avisar que é hoje!”: planejamento da gravidez e tentativas de concepção**

Neste estudo, com exceção de J. que disse ter “explodido a tabelinha”, todas as outras participantes tiveram gravidezes planejadas. No planejamento da gravidez elas consideraram um conjunto de fatores que podiam ou não aparecer articulados entre si, tais como: idade (idealmente, a gravidez não deveria acontecer nem muito cedo, aos vinte e poucos anos, nem muito tarde, após os quarenta anos); estar em uma configuração familiar considerada adequada (casada ou em “relacionamento estável” ou coabitar com parceiro/a); o tamanho da prole que o casal deseja ter (ou seja, quanto maior o número de filhos, mais cedo tem que começar a reproduzir), a situação financeira e o momento no trabalho ou planos profissionais para o futuro (como relataram Julia, Joana, Nat e Jaque, esta última, ameaçada de demissão por conta da gravidez).

A situação migratória das participantes apareceu em alguns relatos como um importante fator no planejamento reprodutivo. Por exemplo, Zefa teve que adiar temporariamente o “sonho de ser mãe por causa do projeto Canadá” [103] e Joana, com seu “otimismo um pouco exagerado”, disse que apesar de achar que “essa estabilidade para ter filho nunca vai existir, porque sempre pode acontecer alguma coisa” (referindo-se ao fato do marido estar desempregado), considerava que “ter o PR” era fundamental para ter acesso à saúde pública e ter “uma coisa a menos para se preocupar”. O tempo de residência no país também influenciava na quantidade e qualidade das informações que elas obtinham sobre como lidar com o desconhecido sistema de saúde pública no Canadá (no Brasil, elas eram usuárias de “planos de saúde”), bem como no conhecimento sobre o acesso às políticas de assistência social, como conseguir “tirar licença maternidade”.

Além desses fatores, tanto questões de saúde individuais, como “endometriose”, “síndrome de ovário policístico” e diabetes, quanto questões coletivas, como a pandemia de

[103] Zefa disse que “[teve] que escolher o Canadá e não a maternidade”, porque o plano de imigração do casal estava baseado na dobradinha trabalho-estudo, na qual um trabalha enquanto o outro estuda, até completarem o tempo necessário para solicitar a residência permanente no país. Isso, segundo ela, tornava “impossível vir grávida ou chegar aqui e engravidar logo”, então o plano do casal era: “*Acabou o College do meu marido, a gente ia tentar engravidar. Não importava situação no país e nem renda. Mas é claro que se tivesse na miséria, a gente não ia tentar ter um filho. Eu digo sem ficar esperando o momento perfeito. E foi exatamente o que a gente fez: Ele se formou em dezembro, em janeiro a gente começou a tentar e eu engravidei em fevereiro. Se eu tivesse escolhido as datas, não teria sido mais perfeito.*”

COVID-19, também foram citadas como situações que poderiam interferir no planejamento da gravidez, seja para adiantar ou adiar o momento da gestação. Por exemplo, Mãe da Clara engravidou no ano de 2021 pensando que a "pandemia ia melhorar": "*Eu pensei assim, eu engravido agora e no final do ano já não tem mais para pandemia. E estamos aqui agora como uma bebê no meio da pandemia*", e Julia, que sempre busca "planejar muito as coisas" e engravidou em 2019 (antes, portanto, da pandemia ser anunciada), reafirmou as incertezas que rondam a maternidade: "*Se eu soubesse que a pandemia ia aparecer com certeza eu não teria ficado grávida, mas acho que isso é um lembrete da maternidade de que a gente não consegue planejar tudo, né?*"

Já em algumas situações, o planejamento da gravidez também foi determinado pelo histórico reprodutivo. Por exemplo, no caso de Joana, que passou por uma perda gestacional anterior, ela iniciou o uso de "vitaminas pré-concepcionais" um ano antes de tentar engravidar novamente: "*Eu tinha muito medo de passar por essa angústia de ficar perdendo, foi muito ruim da primeira vez. Mas a tal da vitamina funciona bem*", disse Joana.

Passando do planejamento para a execução, isto é, para as "tentativas" de concepção, neste estudo, observei dois perfis de "tentantes" (ALLEBRANDT; FREITAS, 2020)[104]: aquelas que estavam "tentando naturalmente, tipo, se vier, veio" e as que estavam "tentando ativamente, efetivamente mesmo". Cabe ressaltar que esses perfis articulavam diversas estratégias, em momentos distintos em relação às tentativas, e que não eram, portanto, auto excludentes. Isto é, esses perfis poderiam ser vividos pela mesma pessoa conforme o tempo tentando engravidar, como foi no caso de L.

Para as mulheres que estavam "tentando naturalmente", o nível de expectativas em relação ao desfecho tendia a ser mais baixo. Nesse sentido, as tentativas para engravidar seriam aparentemente menos engajadas, isto é, teriam menos empenho e monitoramento por parte das mulheres. Também não demandaria de muitos elementos de controle ou de estratégias reprodutivas, apenas a suspensão de métodos contraceptivos, como o uso contínuo da pílula anticoncepcional e de "preservativos", além de realizar o ato sexual para a concepção. Nesse caso, as mulheres consideravam que engravidar era fácil, porque a concepção acontecia "naturalmente" e de forma rápida, podendo levar apenas alguns dias, semanas ou poucos meses para acontecer a partir no início das tentativas.

[104] De acordo com Allebrandt e Freitas (2020), "tentantes" são pessoas que se autodenominam assim por estarem vivenciando a realidade de tentar ter filhos, com ou sem a ajuda de novas tecnologias reprodutivas.

Já para as mulheres que estavam “tentando ativamente”, o nível de expectativas em relação ao desfecho tendia a ser mais alto. Havia um entendimento de que engravidar era um processo mais difícil, com baixa possibilidade de êxito, no qual o fator “tempo tentando” era sempre enunciado. Por exemplo, para Nat, que demorou nove meses para conseguir engravidar, a probabilidade de isso acontecer “quando faz tudo certo” seria de apenas 25%. Observo que essa contagem de tempo para engravidar aparece nas narrativas associada a sentimentos de ansiedade, como foi com Nat e o marido que “estavam ficando desesperados” com o passar do tempo e com possibilidade de “ter que fazer tratamento para engravidar”. Como afirma Rezende (2012, p. 439), a ansiedade “é um sentimento que fala de uma relação particular com o tempo futuro, em termos de uma antecipação vivida com ânsia e receio do que está por vir”. Nesse caso em específico, essas emoções estavam vinculadas, principalmente, à possibilidade futura de a gravidez não chegar a acontecer, isto é, ao “risco do não-bebê”.

Para essas mulheres, as tentativas para engravidar seriam mais controladas e incluiriam desde esquemas combinados de vigilância do “período fértil” até o uso de novas tecnologias reprodutivas. Os esquemas de controle da reprodução podiam reunir, por exemplo, estimativas sobre as “janelas de fertilidade” geradas por aplicativos de celular que monitoram a reprodução, como aqueles analisados por Paletta, Nucci e Manica (2020), associados aos resultados de “testes de ovulação” vendidos em farmácias, supermercados e lojas de departamento (Figura 22) e percepções acerca de mudanças corporais, como a avaliação da consistência do muco cervical no chamado “Método Billings”. Todo esse monitoramento para “fazer tudo o que tem que ser feito no período certo, para dar certinho”, como comentou Mãe da Clara, isto é, como uma estratégia para reduzir os riscos do insucesso reprodutivo. Às vezes, quando a concepção tardava em acontecer, havia também a busca por aconselhamento médico e a realização de exames complementares para investigar os possíveis motivos da “dificuldade para engravidar”, como foi no caso de Pumpkin e L. Esses casos poderiam ou não requerer algum tipo de “tratamento”.

Figura 21: Testes de “ovulação” e de gravidez vendidos em loja

Nota: Esses testes são vendidos em uma rede de lojas de departamento popular no Canadá que vende produtos de até 4 dólares, a Dollarama. Podemos encontrá-los na seção de “cuidados com a saúde”, ao lado de produtos, como máscaras de proteção, protetor solar, repelente de insetos e alguns medicamentos.

Fonte: A autora, 2022.

Os “tratamentos para fertilidade” (*fertility treatments*) oferecidos pelo governo de Ontário[105], são intervenções da medicina reprodutiva para a concepção humana em que

[105] O governo da provincial tem um programa que fornece financiamento para cobrir os custos do tratamento em clínicas de fertilidade para “residentes qualificados”, isto é, que residam em Ontário e tenham um cartão do plano de saúde provincial válido. De acordo com informações do site do governo de Ontário, “sexo, gênero, orientação sexual ou status familiar não são considerados na elegibilidade do tratamento de fertilidade” e “dependendo do tipo de tratamento escolhido, pode haver requisitos adicionais de cobertura, bem como alguns limites de cobertura”. Por exemplo, enquanto a inseminação artificial não possui nenhum critério de elegibilidade adicional e não possui um limite pré-determinado no número de ciclos de tratamento, para a fertilização in vitro, a pessoa deve ter menos de 43 anos e o limite de cobertura é de um ciclo de tratamento por paciente (o que inclui a transferência de todos os embriões viáveis) e um ciclo adicional se for “barriga de aluguel” (estiver grávida para outra pessoa). Para mais informações: https://www.ontario.ca/page/get-fertility-treatments . Acessado em: 18 abr 2023.

tecnologias reprodutivas substituem ou são acrescidas ao ato sexual (LUNA, 2004). Com isso, como argumenta Naara Luna (2004), ao mesmo tempo em que as novas tecnologias reprodutivas ampliam as margens de escolha na reprodução, essas tecnologias também colocam em questão a "naturalidade" do processo reprodutivo, como se a reprodução deixasse de ser um exemplo de "processo natural". Observei que o recurso às tecnologias reprodutivas causava apreensão em algumas participantes. Essa intervenção, poderia incluir, por exemplo, o uso de hormônios que "induzem a ovulação", seguido por um acompanhamento minucioso deste processo a partir de exames de ultrassonografia, culminando em uma fertilização in vitro ou no sexo programado segundo padrões médicos, o "*timed intercourse*". Assim, ao complexificar a reprodução, essas novas tecnologias estariam adicionando mais riscos ao processo, como os problemas que poderiam ser ocasionados pelos próprios procedimentos, conforme citado por L. quando ponderou sobre a associação destes com fatores hereditários, como o histórico de câncer de mama de sua mãe.

5.3 **"Assim que você sabe que está grávida, descobre também que é ansiosa": a descoberta e o anúncio da gravidez**

A descoberta da gravidez pode acontecer de diversas maneiras. Neste estudo, as mulheres que já tinham passado por uma gravidez anterior suspeitaram que estavam grávidas novamente a partir de alguns "sintomas básicos", isto é, de percepções corporais que elas já conheciam e sabiam que poderiam sentir, tais como "atraso menstrual", sensibilidade nos seios, enjoos, cansaço e sonolência. A alteração no padrão da menstruação foi o sintoma mais citado, tendo sido mencionado por quase todas as participantes, incluindo as que estavam grávidas pela primeira vez. Mas é interessante notar que esse sintoma era mencionado quase sempre com certa desconfiança, o que levava à necessidade de confirmação da gestação a partir de um conjunto de "testes de gravidez", para que as mulheres pudessem, assim, ajustar seus comportamentos à nova condição de grávida.

Por exemplo, Zefa inicialmente pensava que o atraso menstrual era "só nervoso mesmo" e que estaria "desregulada por conta do estresse", mas foi convencida pelo marido a fazer o teste para confirmar a gravidez: "*a gente precisa saber se você tá grávida, porque se*

você tiver, não vai poder beber [bebidas alcoólicas]", ele falava. Então, para saber se estava grávida, Zefa fez três testes em casa, usando a urina: um teste que vinha no "kit de ovulação", que ela usava para monitorar o "período fértil", um "teste da Dollarama" e o "teste Clear Blue", que ela acreditava ser o "mais confiável" porque indicava o tempo aproximado da gestação. Além desses, ela fez um "exame de sangue" adicional no laboratório para saber a dosagem do hormônio β-HCG, que foi solicitado posteriormente por sua médica de família para confirmar a gestação.

Teve também quem fizesse essa descoberta antes mesmo de qualquer atraso no padrão da menstruação, como aconteceu com L., que fazia o monitoramento reprodutivo em uma clínica de fertilidade, e no caso da Mãe da Clara que, ao monitorar a "ovulação" a partir do uso de testes e aplicativos, conseguia estimar quando o resultado do "teste de gravidez" poderia dar "positivo": "*quando você sabe o dia que ovula, o teste dá positivo depois de um determinado número de dias. No primeiro dia já tava dando uma linha bem falhazinha. Aí testei de novo no dia seguinte e a linha tava mais escura*", explicou Mãe da Clara.

Conforme observado por Chazan (2007), desde que os primeiros testes para a confirmação da gravidez foram lançados lá em meados do século XX, as suspeitas, percepções e subjetividades das grávidas foram sendo pouco a pouco substituídas por dispositivos tecnológicos e resultados de testes laboratoriais. Nesse processo, segundo a autora, além de haver um "deslocamento da posição ocupada pela gestante no tocante ao poder, à temporalidade e ao conhecimento acerca de seu estado" em favor de uma ideia que exalta a "detecção da gravidez como uma questão 'diagnóstica'", a própria noção da gravidez como algo passível de "diagnóstico" poderia estar vinculando esse evento a uma categoria patológica (CHAZAN, 2007, p. 40) – o que passaria a produzir ansiedades e demandar, portanto, monitoramento minucioso e cuidados especiais.

"*Assim que você sabe que está grávida, descobre também que é ansiosa. Vem um lado de ansiedade, porque tudo preocupa, nossa senhora!*", disse Mãe da Clara sobre os medos e preocupações que passou a sentir depois que descobriu a gravidez. Conforme nos mostra Rezende (2012), a ansiedade enquanto traço característico de uma subjetividade ocidental moderna está atrelada à três aspectos principais: a uma falta de inteligibilidade do sujeito em relação a determinadas experiências e, com isso, dificuldade de interpretá-las e de dar sentido a elas; a uma maior reflexividade e busca de controle de si, especialmente do corpo, das emoções e da identidade do sujeito; e a uma relação de descontinuidade temporal, na qual os acontecimentos do passado teriam pouca ou nenhuma influência sobre o que estaria por vir (REZENDE, 2012).

Assim como a Mãe da Clara, outras mulheres neste estudo, todas "mães de primeira viagem", também falaram sobre uma mistura ambígua de sentimentos que estava relacionada com a desconhecida experiência da maternidade. Observei nos relatos que as mulheres descreviam essa experiência como algo que deveria ser feliz e prazerosa – ao menos era o esperado[106], tendo em vista que se tratava de um estado desejado e socialmente significativo para essas mulheres (REZENDE, 2012) – mas que se mostrava ao mesmo tempo muito "assustadora" em função, principalmente, dos medos, incertezas, inseguranças que esse novo papel social evoca. Os receios e preocupações estavam associados a aspectos que iam desde a "pré-concepção", passando pela evolução e desenrolar da gestação, até o que estaria por vir na vida da futura criança, como é possível observar nos trechos a seguir:

> Eu pensei assim: 'ah, que bom que não tem nada de errado com a gente, né?'. Porque a gente tava bem preocupado que não tava dando certo (Pumpkin).
>
> Uma sensação muito estranha, um misto de felicidade com 'e agora?', porque eu não sabia o que esperar (Julia).
>
> Foi aquele misto de um monte de emoção, né? Fiquei morta de feliz, mas com um misto de medo, porque não sabia se ia vingar (L.).
>
> Eu fiquei muito feliz, com certeza, né? Mas, ao mesmo tempo, claro, dá um pouco de medo de perder, até porque já tinha acontecido. Então, eu pensava que agora tinha que cuidar muito (Joana).
>
> Era uma mistura, assim, de quero muito, mas dá um medo do novo, do que vai acontecer, da barriga crescendo, da diabetes, da filha casando... vem tudo ao mesmo tempo, desde agora até no futuro (Zefa).

As ansiedades em torno da recém-descoberta gestação também apareceram nos relatos sobre o anúncio da gravidez. Se anunciar ou não a gravidez, para quem contar (incluindo quem deveria saber antes ou depois), assim como o momento e a forma de revelar publicamente a existência da gravidez foram pontos levantados pelas participantes da pesquisa quando conversamos sobre o que elas sentiram e fizeram quando descobriram que estavam grávidas. Essas questões revelam algumas articulações entre ideias de risco, como o "risco de o bebê não vingar", e algumas práticas e experiências subjetivas relacionadas à gravidez, especificamente no que se refere a sua revelação pública. Diferente do que vimos no capítulo 3, especificamente no trabalho de Rachel Chapman (2006) sobre as experiências

[106] A partir da análise de uma publicação para o grande público especialmente voltada para grávidas, Rezende (2011) nos mostra como a felicidade em relação à gravidez e à maternidade é tomada por esse tipo de mídia como um "sentimento obrigatório". Isto é, a felicidade seria definida como uma emoção que deve ser valorizada e buscada/conquistada durante a gestação, a partir de "dicas" e recomendações para um controle de si e das emoções (em especial, da ansiedade) (REZENDE, 2011).

reprodutivas de mulheres moçambicanas, nas quais os "segredos, silêncio e ocultação" da condição de grávida eram as primeiras expressões do cuidado pré-natal para evitar "doenças do mau espírito", para as mulheres deste estudo, a ocultação da gravidez estava baseada em uma percepção de outros tipos de medos e perigos.

Interessante notar que neste estudo, enquanto para as mulheres que já tinham filhos, como Ana e Jaque, "guardar segredo" sobre a gravidez indicava uma certa tranquilidade em relação ao desenrolar da gestação (por exemplo, para "curtir sozinha aquilo por um tempo" ou para "fazer uma surpresa para o marido"), para "mães de primeira viagem", como Pumpkin, L., Joana, Nat e Mãe da Clara, as coisas aconteceram um pouco diferente. Para essas mulheres, existia a possibilidade de a gravidez "não dar certo". Assim, o sigilo sobre sua existência estava baseado, em grande medida, em um receio de "dar a cara a tapa" e de "*expor a sua vida em relação a isso sem ter certeza absoluta de que porque engravidou, vai vingar*", como falou L., ou de "criar expectativas em todo mundo" e não conseguir cumprir com tais expectativas sociais, como disse Pumpkin. Em razão disso, essas mulheres mantiveram segredo sobre suas gravidezes até, pelo menos, completar as primeiras doze semanas gestação (o primeiro trimestre é a fase comumente considerada como a mais crítica), até terem certeza de que a gravidez tinha "engrenado", como vemos no trecho abaixo:

> Óbvio que ficamos um tempo sem contar pra ninguém. [...] eu já tava bem ansiosa, eu queria contar para as pessoas, mas não podia. Eu tava feliz e queria compartilhar, né? Mas aí, a gente decidiu esperar um pouquinho [...] na verdade, por esse período que todo mundo fala que é melhor esperar um pouquinho para ter certeza de que não vai dar nada de errado, né? Pra não deixar todo mundo na expectativa e depois não dar certo (Pumpkin).

Joana e Nat também mantiveram segredo durante o primeiro trimestre de gestação por causa do "risco de perder o bebê". Elas, que já tinham passado anteriormente pela experiência de perda gestacional, também contam sobre essa "mistura de emoções", em especial sobre a ansiedade associada ao sigilo da gravidez. Mas elas falam de modo um pouco distinto, enfatizando a "dor" de ter que contar sobre um possível aborto:

> No dia ali foi uma alegria. A gente... É muito difícil segurar. É porque eu queria esperar um pouquinho para contar para meus pais, né? Para não acontecer o que aconteceu com a gente no passado. Se eu tivesse contado no primeiro dia, depois ia ter que contar que não estava mais. É muito dolorido. Então, a gente segurou. Segurou até 3 meses. Numa ansiedade, numa mistura, né? (Joana).

> Contei para minha mãe e para minha irmã, mas contei naquela: 'Gente, não fala para ninguém, pelo amor de Deus, porque eu não vou ter força de falar para outras pessoas que eu perdi. Deus me livre de acontecer alguma coisa' [...]. Mas, eu tava

> assim: cara, imagina a gente ganhar na Mega-Sena e não poder falar pra ninguém? (Nat).

Para outras mulheres, a revelação pública da gravidez aconteceu ainda mais tarde. Foi o que aconteceu com Mãe da Clara e L. que, segundo seus relatos, precisaram manter um acompanhamento minucioso dos níveis hormonais do início da gravidez, para avaliar se a gestação estava "evoluindo", "progredindo corretamente". Por esse motivo, elas só revelaram que estavam grávidas após a vigésima semana, quando existiria somente um "risco mínimo" de perda gestacional (a partir daí o risco passaria a estar relacionado à "prematuridade"). Assim, embora Mãe da Clara sentisse muita vontade de anunciar publicamente a gravidez, a possibilidade de "perder o bebê" a deixava "desesperada, apavorada":

> O meu [hormônio] não tava duplicando rápido o suficiente, então era para ficar monitorando, porque talvez a gravidez não fosse ser um sucesso. E aí eu já fiquei como... desesperada, apavorada. [...] Com a certeza de que eu já ia perder meu bebê, com certeza. E assim, o nível nem era tão baixo, só não tava duplicando, mas tava chegando perto. (Mãe da Clara).

Já no caso de L., além dessa vigilância hormonal da gravidez, ela também manteve um "tratamento hormonal" durante o período inicial da gestação (na prescrição médica, ela deveria tomar o hormônio progesterona até a 12ª semana). "*Tá, eu consegui, mas e aí, vai dar certo? E aí, progride? E aí, tipo, o que me espera daqui a pouco?*", L. indagava com ceticismo. Diante de tantas incertezas em torno da gravidez, L. considerava que não deveria anunciar publicamente a gravidez, tampouco "criar expectativas" ou "comemorar". Para ela, o fato de estar grávida não era "garantia" de que daquela gestação nasceria um bebê, porque havia o "risco de não vingar", isto é, ela considerava que, embora estivesse grávida, havia uma "alta probabilidade" de a gravidez não "progredir" conforme o esperado e, com isso, acontecer uma perda gestacional.

5.4 **"Eu fiquei 99.7% in range, então eu cuidei demais desse período todo, sabe?": cuidados específicos com a gravidez**

Como observamos até aqui, para as mulheres deste estudo, a confirmação/diagnóstico da gravidez produziu ansiedades envolvendo o desenrolar da gestação, e promoveu também a

adoção imediata de um conjunto de cuidados especiais, como parte de um ajustamento de conduta, uma adequação de comportamentos à nova condição de grávida.

Foi interessante notar que num primeiro momento na entrevista, quando eu perguntava se elas tinham algum cuidado específico com a gravidez, elas geralmente diziam que dedicavam pouca ou quase nenhuma atenção especial à gestação, minimizando todas as mudanças e adequações no comportamento que viriam a ser mencionadas posteriormente: "*Honestamente, nada, não mudei nada na minha rotina*", disse Fernanda ao se referir especificamente à prática de atividades físicas e alimentação; ou "*eu já não bebia mais e também tava comendo melhor, esses foram os únicos cuidados diferentes, eu acho, que eu tive*", comentou Mãe da Clara sobre as mudanças adotadas desde antes de engravidar; ou ainda Pumpkin, que inicialmente só elencou o seguinte: "*Olha, não que eu me lembre. Eu só tinha mais é... de passar óleo, essas coisas na barriga, para estria, mas nada específico*".

No entanto, com o desenrolar das entrevistas, elas iam se dando conta de algumas mudanças adotadas – mudanças que estavam sustentadas pela premissa da precaução. Por exemplo, Pumpkin relembra só mais adiante, já no final da entrevista, que tinha alguns cuidados com a gravidez, como ler os rótulos de todos os produtos que consumia e só utilizar produtos indicados para gestantes. Ela conta que por ser farmacêutica de formação já tinha por hábito ler os rótulos de alguns itens, mas intensificou esse comportamento depois que engravidou, passando a ler os rótulos de todos os produtos (desde alimentos e bebidas, até produtos cosméticos, como xampu). Por fim, Pumpkin lembra que, no caso de desconhecimento, dúvida ou falta de uma "fonte confiável" de informação sobre o que "pode" e o que "não pode" ser utilizado durante a gravidez, ela preferia seguir "o não do que o sim" e por precaução acabava eliminando o uso de qualquer produto sobre o qual pesasse alguma suspeita: "*Então tudo o que eu achava na internet que dizia que não era pra tomar, eu parava de tomar, porque eu não sabia se era confiável ou não, mas aí eu já não tomava, entendeu? Daí eu já bania da minha alimentação [...] era melhor o não do que o sim, né?*", ela recordou.

Em relação aos produtos indicados para gestantes, todas as participantes deste estudo relataram o uso de "vitaminas pré-natais". Com exceção daquelas que já tinham começado a tomar as "vitaminas" antes mesmo de engravidar (e permaneceram tomando durante a gravidez, como foi o caso de Joana), todas as outras iniciaram o uso dessas vitaminas imediatamente após a confirmação da gravidez. Algumas delas começaram a tomar tão logo "viram o positivo", como foi o caso de Nat: "*A vitamina, assim que eu vi o positivo, eu nem esperei a consulta, eu falei: vou tomar. Eu me preocupava muito, porque a minha*

alimentação..."; outras, como Julia, passaram a tomar após indicação médica ou da midwife: "*eu comecei a tomar também a vitamina que ela falou, a vitamina pré-natal [...]. A midwife ficava falando da questão do iron, do ferro, que tem que comer comidas com ferro ou tomar ferro, por causa da gestação, do parto, não lembro direito, mas tinha algumas coisas assim, certas vitaminas e tal*."

Outro cuidado específico com a gravidez bastante mencionado pelas participantes estava relacionado principalmente com a prática de exercícios físicos, mas que também se estendia para algumas atividades cotidianas. Por exemplo, Nat evitou "fazer esforço" e "carregar peso" durante toda a gestação, mesmo depois das "doze primeiras semanas mais delicadas", e Julia, seguindo recomendações da médica de família, parou de ir para o trabalho de bicicleta, pelo risco de acidentes de trânsito: *"[a médica] falou: 'Deus me livre! Se você cair, pode ser perigoso'. Foi essa uma das coisas que eu parei de fazer"*, ela relatou.

De modo geral, havia um entendimento por parte das participantes de que elas deveriam manter a prática das mesmas atividades físicas que o "corpo já estava acostumado a fazer", sem tentar fazer nada novo ou muito diferente do habitual, como se houvesse uma espécie de zona de segurança a ser respeitada ("porque se eu engravidei assim, acho que está seguro", pensava Nat). Quando havia alguma mudança na prática de atividades físicas, ou era num sentido de moderação do tipo de exercício, isto é, elas faziam a substituição de exercícios de "alto impacto" por outros de "baixo impacto" (como aconteceu com Ana, que disse ter decidido "intuitivamente" moderar o tipo de atividade para não forçar a musculatura pélvica, trocando o "crossfit" por "exercícios funcionais", alongamento e hidroginástica), ou era num sentido de suspensão completa da prática de atividades físicas durante a gravidez, como foi o caso de J., que "estava malhando com um foco muito estético [...] sem foco na saúde"; ela parou de fazer essas atividades quando engravidou, porque acreditava que enquanto estivesse grávida já não conseguiria mais alcançar seu objetivo inicial: "*eu parei quando a barriga foi realmente crescendo e eu vendo que meu corpo estava mudando mesmo, que eu não ia conseguir controlar, que a quantidade de progesterona ia deixar meus músculos mais flácidos mesmo, então eu estou fazendo isso para quê, entendeu? Aí eu fui parando com o tempo*", J. explicou.

Além das vitaminas pré-natais e modificações nas atividades físicas, as mulheres deste estudo também adotaram um conjunto de cuidados específicos com a gravidez envolvendo mudanças nos hábitos alimentares. Todas as participantes relataram a adoção de um "estilo de vida mais saudável", especialmente no que se refere à alimentação, como é possível observar nos trechos a seguir:

> Antes eu comia muita besteira, tipo Mc Donalds, coisas que não acrescentam nada pra mim, imagina então para o bebê!? [...] Então, eu comecei a me alimentar um pouco melhor. Tem alguém se alimentando da minha comida, não sou só eu, né? (Julia).
>
> Eu pensava: eu tô alimentando uma criança e ela precisa crescer e se desenvolver. E eu mandava foto da marmita para minha mãe e ela: 'Nossa, que orgulho. Eu nunca vi você comer assim' (Nat).
>
> O feto recebe o que a gente come, né? Eu evitava um pouco o doce, né? Porque é bem isso, assim, ela iria receber dependendo do que eu comia, passava pela placenta. Remédios também, né? Alguns remédios não podiam. Então, tinha que cuidar isso (Joana).

De acordo com Markens, Browner e Press (1997), essas práticas de "alimentação" das gestantes – isto é, o ato de "alimentar o feto" enquanto alimenta a si mesma – constituem um domínio importante para observarmos se as mulheres grávidas encaram seus fetos como indivíduos separados (ou em oposição a elas)[107] ou se os veem como seres fundidos a elas. Para as autoras, as práticas alimentares das mulheres grávidas revelam não só as ligações "reais" entre mulher e feto, como a "barreira placentária" e o "cordão umbilical", mas principalmente as conexões simbólicas que são (re)produzidas tanto no discurso leigo quanto no discurso biomédico, e que atribuem às mulheres grande responsabilidade sobre o desenvolvimento fetal (MARKENS; BROWNER; PRESS, 1997). Observo que para as participantes deste estudo trata-se de uma "alimentação direta" (delas para os bebês), logo, a adoção de cuidados com a qualidade dos alimentos, assim como as restrições no consumo de determinadas substâncias eram mudanças necessárias para que seus filhos tivessem "a melhor alimentação possível" ainda durante a gestação – um controle que tem início na gestação ou antes dela, mas que se estende, pelo menos, durante os primeiros anos de vida da criança, como é possível observar no relato abaixo:

> Eu tinha medo de fazer alguma coisa errada e prejudicar o bebê. Para mim, tanto faz. Eu já vinha fazendo aquilo errado há tanto tempo, não ia mudar alguma coisa na minha vida. Mas eu falei: 'Não, agora tem que mudar', porque eu sabia que aquilo criaria os hábitos dele e eu não queria que ele se tornasse eu no futuro. Tanto que eu tenho este raciocínio até hoje com a alimentação dele. Ele não come açúcar até hoje.

[107] Markens, Browner e Press (1997) falam especificamente da emergência da ideia de "direitos fetais" nos Estados Unidos, alavancado em grande medida pelas NTR, que escrutinaram e tornaram o feto "visível", e pela retórica antiaborto, na qual os ativistas "pró-vida" interpretam os interesses do feto como necessariamente conflitantes com os da mulher grávida. Além disso, nas palavras das autoras, "a percepção do potencial de conflito materno-fetal na gravidez levou a outras tendências perturbadoras - cesáreas ordenadas pelo tribunal, processo contra mulheres por 'abuso fetal' e restrições no local de trabalho a mulheres férteis" (MARKENS; BROWNER; PRESS, 1997, p. 352).

> Tem esse tipo de coisa que, atualmente, dizem que não faz bem. Mas no futuro talvez possam dizer que estava errado e que o açúcar é ótimo, então, eu não sei. Mas atualmente, dizem que não, então, eu pretendo seguir o máximo que eu conseguir (Julia).

Para as participantes deste estudo, "comer mais saudável" incluía principalmente a substituição de uma "alimentação industrializada", tipo "fast food", por uma "alimentação natural e balanceada", idealmente "comida caseira" – o que revelava uma oposição entre a comida da "casa" e da "rua" (MATTA, 1997)[108]. Além disso, dentro desses cuidados com a alimentação durante a gravidez, elas buscavam priorizar o consumo de "comida nutritiva", como carnes, verduras, legumes, frutas e cereais, isto é, alimentos que seriam "bons para o bebê". E assim como foi observado por Markens, Browner e Press (1997) em seu estudo sobre práticas dietéticas pré-natais entre mulheres norte-americanas, também havia um consenso sobre quais substâncias deveriam ter a ingestão limitada/evitada (como, açúcar, sal, gordura e cafeína) e quais deveriam ser eliminadas completamente (por exemplo, o álcool). Para as autoras, com a grande difusão de informações sobre nutrição, houve uma extensão da responsabilidade materna no que se refere à garantia do bem-estar da "criança ainda não nascida", isto é, as responsabilidades com a maternidade começam ainda durante a gravidez com a adaptação, monitoramento e controle da alimentação, de modo que as necessidades do feto/bebê sejam supridas.

Cabe ressaltar que neste estudo, para algumas participantes, as mudanças foram implementadas ainda no período de "tentativas". Por exemplo, antes de engravidar, Pumpkin substituiu os chás com cafeína por chás com gengibre, limão e cúrcuma (estes, ao contrário da cafeína, seriam substâncias "estimulantes da gravidez") e deixou de consumir alimentos com canela (porque poderia provocar contrações e aborto), L. e Mãe da Clara começaram a "comer melhor" e pararam de tomar bebidas alcoólicas (assim como toda as outras participantes).

Como mencionado por L., a adoção dessas mudanças de estilo alimentar poderia ser tanto "para tentar deixar mais propício para a gravidez" quanto para "se manter bem saudável" durante a gestação. Além da preocupação com "bom desenvolvimento fetal", manter-se "saudável" durante a gravidez também tinha o objetivo de evitar o desenvolvimento

---

[108] Segundo Roberto Da Matta (1997), a "casa" e a "rua" são categorias permitem a compreensão de alguns códigos de valores na sociedade brasileira, pois fornecem um sistema de classificação bom para pensar sobre o modo como a sociedade age e de como ela é encarada pelos próprios brasileiros. Desta forma, a "casa" e a "rua" mais do que esferas da ação social, são como regiões morais que podem ser definidas por meio de contrastes, oposições, complementaridades ou englobamento (MATTA, 1997).

ou agravamento de problemas com a própria saúde, como a diabetes. Quando isso ocorre, as mudanças, ajustes e controles nos padrões de consumo alimentar são ainda mais intensos para evitar que a gravidez se torne uma “gestação de alto-risco”, conforme relatado por L., Nat, Mila e Zefa.

Por exemplo, Zefa relata que teve que “cuidar muito da saúde” por causa da diabetes, porque “ela fica muito alterada” com a gravidez. Ela conta que, antes da gravidez, conhecia muito seu corpo e “controlava a glicemia só com alimentação”, fazendo a medição da glicose apenas quando se sentia mal, e que, de modo geral, “podia comer doce, podia tudo, normal, só não podia exceder”. Mas, ao engravidar, tudo mudou. Zefa conta que sua experiência no controle da diabetes se transformou e ela teve que reaprender a lidar com a doença, passando a manter maior vigilância da alimentação e a monitorar os níveis glicêmicos com mais frequência. Ela também começou a usar medicação (insulina) e passou a ter consultas online semanais com uma nutricionista e uma médica endocrinologista, com quem conversava sobre “os números, as dúvidas, as unidades” (peso, variação glicêmica, alimentos consumidos, unidades de insulina, etc). Por fim, diante de tantos ajustes e controles, Zefa disse ter ficado muito orgulhosa de si mesma: “porque, ela [a Nutricionista] falou que, no geral, eu fiquei 99.7% in range, então eu cuidei demais desse período todo, sabe?”.

Mulheres grávidas são alvos frequentes de inúmeros conselhos sobre o que podem e sobre o que não podem ingerir enquanto gestam seus filhos (MARKENS; BROWNER; PRESS, 1997). Interessante notar que essas mulheres, assim como aquelas que estão tentando engravidar, são aconselhadas, principalmente, a se abster ou pelo menos a limitar/restringir o consumo de determinadas substâncias, como cafeína, álcool, tabaco e diversos medicamentos; essas recomendações estão quase sempre relacionadas a riscos para fetos e bebês (Figura 23).

Figura 22: Cartaz de alerta sobre o consumo de álcool durante a gestação

Nota: Na província de Ontário, podemos encontrar cartazes como esse afixados em estabelecimentos comerciais, como bares e restaurantes, nos quais é permitida a venda e o consumo de bebidas alcoólicas por pessoas maiores de 19 anos. Cabe lembrar que as leis que regulam o consumo de álcool na província proíbem que as pessoas consumam bebidas alcoólicas em espaços públicos, como ruas ou parques, permitindo o consumo somente em locais privados, como residências e estabelecimentos que possuam licença autorizando o consumo. O cartaz mostra uma imagem de "barriga de grávida" (imagem na qual o rosto da pessoa gestante é suprimido) com o seguinte alerta: "beber álcool durante a gravidez pode causar defeitos congênitos e danos cerebrais ao seu bebê".

Fonte: A autora, 2022.

No que se refere às restrições alimentares, observei que as mulheres deste estudo levavam em consideração três fatores nas suas escolhas sobre o que consumir e o que não consumir ao longo da gravidez: o modo de preparo (por exemplo, "ovo com gema mole", "fritura", "embutidos", alguns tipos de queijo e alimentos crus, como peixes e saladas), a origem (se a procedência era "boa"/conhecida ou "não confiável"/desconhecida, principalmente pelo risco de intoxicação alimentar) e o tipo de substância que compõe a bebida ou o alimento a ser ingerido (como, álcool ou cafeína). Em relação ao tipo de substância, cabe ressaltar que esse fator poderia representar mais ou menos perigo a depender

da substância em si (algumas são mais "proibitivas" que outras), depende também da bebida ou alimento no qual a substância está presente e da (suposta) quantidade consumida.

Por exemplo, nenhuma mulher relatou o consumo de álcool ou tabaco durante a gravidez neste estudo.[109] Já em relação à cafeína foi um pouco diferente: Pumpkin comentou sobre a presença dessa substância em chás e cafés: "*A cafeína também. Eu já não tomava café, mas eu tomava chá. Daí eu comecei a tomar só chá de gengibre*", enquanto L. lembrou do "açúcar" presente no chocolate: "*Eu adoro chocolate, mas eu tentava evitar ao máximo um chocolate que fosse ao leite, eu preferia um chocolate amargo*", esquecendo-se da cafeína que geralmente está contida nesse tipo de doce (por fim, ela ainda tentou justificar a quantidade de cafeína consumida, dizendo que, com exceção do chocolate e do café, não tomava mais nenhuma outra bebida que pudesse conter essa substância). Já Joana disse que se absteve completamente de tomar café e o chimarrão que estava acostumada, mas não por estar seguindo qualquer orientação médica, e sim por "uma coisa da cultura mesmo", que associa o consumo da cafeína a problemas no desenvolvimento fetal:

> O chimarrão, né? Eu parei, porque eu tomava muito [risos] porque tem muita cafeína. Só que assim, aqui, nunca, a médica de família ou a obstetra me disseram pra não tomar cafeína. Isso é porque eu já sabia, porque a minha irmã já tinha tido filho. Então era uma coisa da cultura mesmo, de a gente já saber [...] eu sabia já. E nos livros também dizia. Era alguma questão no desenvolvimento, na formação do feto, alguma coisa assim. Eu não lembro muito bem, mas dizia. Claro, na verdade, até podia um pouquinho, não podia tomar muito. Porque tem gente que toma 4, 5 ou 6 xícaras de café, aí não pode. Então, na verdade, eu tava exagerando um pouquinho, porque poderia uma xicrinha. Eu poderia tomar, sim, mas eu achava melhor nem tomar. Eu até já repassei [o livro] para outra amiga, mas ali tem sim alguma coisa sobre a formação do feto (Joana).

Nat, por sua vez, não costumava tomar café, mas reduziu o consumo de Coca-Cola. Ela considerava que a cafeína presente no refrigerante poderia ter algum efeito abortivo. Ou seja, nesse caso ela estava preocupada com a cafeína e não com a quantidade de "açúcar" nesse tipo de bebida. Para Nat, a cafeína assim como o álcool poderiam "fazer algum mal" e

---

[109] É importante dizer que, neste estudo, eu parto do princípio de que todos os relatos das participantes expressam a verdade, embora eu também reconheça que elas podem ter, por qualquer motivo que seja, omitido ou "escondido a verdade". Por exemplo, dentro do conjunto de entrevistas realizadas no Brasil, assim como aconteceu no Canadá, nenhuma participante relatou consumo de álcool ou tabaco durante a gravidez, mas eu sei que uma das participantes "escondeu a verdade". Trata-se de uma participante que já fazia parte da minha rede de relações pessoais, uma amiga que frequentou a minha casa enquanto estava grávida, tendo fumado e bebido durante o período em que lá esteve, mas que não relatou o consumo de álcool nem de tabaco durante a entrevista. Observo que a supressão desse tipo de informação sobre o consumo/utilização de substâncias consideradas nocivas à saúde poderia estar associada, principalmente, ao receio de sofrer algum tipo de sanção futura (possivelmente moral e, em alguns casos, até mesmo legal), como será discutido adiante.

“atrapalhar” esse processo “tão delicado” (algo que ela não queria causar de jeito nenhum, porque era a sua “loteria”):

> De fazer algum mal. É um processo tão delicado, uma célula desse tamanho que precisa colar na parede do meu útero. É tão delicado, que qualquer coisa pode atrapalhar esse processo. Sei lá, fazer um esforço físico, comer ou beber alguma coisa, ou uma substância que não pode. Não quero atrapalhar de jeito nenhum. [...] E na minha cabeça, tanto o álcool quanto a cafeína poderiam atrapalhar (Nat).

De acordo com Bell, McNaughton e Salmon (2009), nos países ocidentais industrializados, alguns comportamentos, como fumar e/ou tomar bebida alcoólica durante a gravidez, antes considerados apenas como moralmente suspeitos, vêm sendo considerados como comportamentos legalmente condenáveis como “comportamentos não saudáveis”, podendo receber intervenção médica e jurídica imediata (BELL; MCNAUGHTON; SALMON, 2009). Ao analisar os pressupostos morais que sustentam os discursos sobre a exposição de fetos e bebês a substâncias potencialmente perigosas para a saúde, como álcool, tabaco e alimentos gordurosos, Bell, Mcnaughton e Salmon (2009), observam uma repetição de suposições acerca da natureza dos “riscos”, e chamam atenção para o tom extremo de alguns discursos populares e de saúde pública sobre essas questões. De acordo com as autoras, esses discursos fazem uso de uma linguagem punitiva e carregada de valor ao utilizar termos como “inocente”, “abuso”, “matar”. Para as autoras, o alarme gerado por essas “ameaças” à saúde de fetos e bebês, apesar de possuírem uma lógica aparentemente neutra e objetiva, apresentam características-chave de “pânico moral”[110], como o aumento da preocupação pública com a “ameaça”, respostas extremas e a criação de um “bode expiatório”, isto é, aquele/a que será responsabilizado/a pelo problema, caso algo dê errado (ou para evitar que algo dê errado).

Nos discursos oficiais de Saúde Pública, o consumo de álcool e tabaco durante a gravidez é considerado um grave problema[111], prejudicial ao desenvolvimento de fetos e

---

[110] As autoras usam o conceito “pânico moral”, tal como formulado por Stanley Cohen (1972), para descrever uma situação na qual um comportamento (ou grupo) identificável, geralmente marginalizado, passa a ser um significante de uma crise social generalizada, sendo representado por instituições hegemônicas como ameaçadoras ou antagônicas aos valores ou interesses da sociedade como um todo (BELL; MCNAUGHTON; SALMON, 2009).

[111] Reconheço que as crenças e práticas culturais em relação ao tabagismo e ao consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez são as mais variadas, e que as políticas de saúde acerca desses comportamentos podem variar entre os diferentes países – por exemplo, os Estados Unidos teriam uma "cultura proibitiva", enquanto a Dinamarca teria uma "cultura leniente" para o tabagismo (HAMMER; INGLIN, 2014). Contudo, entendemos que existe um discurso hegemônico de Saúde Pública que considera essas questões como problemas ou agravos à saúde.

bebês. O consumo de álcool na gravidez é associado a defeitos congênitos, distúrbios no desenvolvimento fetal, problemas cognitivos e de saúde mental na infância (BELL; MCNAUGHTON; SALMON, 2009); já o consumo de tabaco, a abortos espontâneos, baixo peso ao nascer, nascimentos prematuros e síndromes de morte súbita infantil, bem como resultados cognitivos e comportamentais adversos em crianças (HAMMER; INGLIN, 2014). As recomendações oficiais sobre o uso dessas substâncias por mulheres grávidas baseiam-se então em uma "política de tolerância zero", isto é, seguem uma abordagem preventiva que defende e recomenda a abstinência total de álcool e tabaco durante a gravidez (LOWE; LEE, 2010; HAMMER; INGLIN, 2014). No entanto, de acordo com Hammer e Inglin (2014), não haveria um consenso entre os especialistas em Saúde Pública em relação aos efeitos do consumo baixo ou moderado dessas substâncias.

No caso do álcool, por exemplo, não existem evidências conclusivas de que baixos níveis de consumo dessa substância possam impactar negativamente no desfecho da gestação ou no desenvolvimento dos bebês (LOWE; LEE, 2010). Ainda assim, a tolerância é zero. Isto é, a recomendação é para que grávidas não bebam nenhuma gota de álcool. As pesquisas realizadas desde as últimas décadas do século XX vêm buscando (e encontrando) associações entre a exposição de fetos e bebês ao álcool a diversos "problemas de desenvolvimento", abarcados pelo termo guarda-chuva "Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal" (LOWE; LEE, 2010). Conforme observam Bell, Mcnaughton e Salmon (2009), há uma crescente (e compartilhada) preocupação acerca das "ameaças" para fetos e bebês representadas por comportamentos individualizados – das mães em particular, cujas ações poderiam ser pensadas como potencialmente perigosas para os interesses de seus filhos, famílias e comunidades (BELL; MCNAUGHTON; SALMON, 2009).

Já no caso da cafeína as coisas mudam um pouco de figura: não há consenso se a tolerância deve ou não ser zero. Existem tanto aquelas posições que são consideradas mais "moderadas", isto é, que propõem uma "restrição diária" no consumo de cafeína por mulheres grávidas; quanto aquelas que pregam uma "revisão radical" no aconselhamento às mulheres durante o pré-natal, com vistas a eliminar por completo o consumo de qualquer produto que contenha cafeína. Essa discussão não é recente. Como veremos a seguir, pelo menos desde 1980, ano em que a Food and Drug Administration (FDA) lançou um anúncio para "alertar as mulheres grávidas de que devem parar ou 'minimizar' o consumo de café, chá e colas, porque

a cafeína dessas bebidas [poderia] causar defeitos congênitos”[112], médicos, pesquisadores e entidades especializadas vêm debatendo se as recomendações para o consumo de cafeína durante a gravidez requerem ou não uma revisão.

5.4.1. O curioso caso da cafeína

As ameaças potenciais ao desenvolvimento de fetos e bebês decorrentes do consumo de cafeína por parte da “mãe” parece ser um consenso entre leigos e especialistas, embora ainda haja divergências em relação à necessidade de abstenção completa ou limitação no consumo dessa substância.

Uma reportagem publicada em agosto de 2020 no jornal canadense CTV News[113] alertava mulheres grávidas, as que estão amamentando e aquelas que planejam engravidar a evitar completamente a ingestão de cafeína, pois não existiria um “nível seguro” para o consumo dessa substância (Figura 23). A reportagem falava também que, embora a Agência de Saúde Pública do Canadá tenha uma “posição relaxada” em relação ao consumo de cafeína[114], “a exposição crônica a qualquer produto químico durante a gravidez é motivo de preocupação”. Esse alerta estava baseado em um estudo recém-publicado[115] na revista BMJ Evidence Based Medicine, que buscava revisar “as evidências da associação entre o consumo materno de cafeína e os resultados negativos da gravidez” e “avaliar se os conselhos de saúde atuais sobre o consumo materno de cafeína têm base sólida”.

---

[112] Do original, em inglês: “*The Food and Drug Administration is preparing to warn pregnant women that they should stop or "minimize" drinking of coffee, tea and colas because the caffeine in these beverages may cause birth defects*” (COHN, 1980). Disponível em: https://www.washingtonpost.com/archive/politics/1980/09/04/fda-to-warn-on-caffeine-in-pregnancy/6d23546d-1fcc-46a6-83ab-bfc7f763a0ee/ . Acesso em: 05 mai 2023.

[113] BOGART, Nicole. Study suggests there is 'no safe level' of caffeine consumption for pregnant women. Disponível em: https://www.ctvnews.ca/health/study-suggests-there-is-no-safe-level-of-caffeine-consumption-for-pregnant-women-1.5077453 . Acesso em: 05 mai 2023.

[114] A Public Health Agency of Canada recomenda, assim como propõe a OMS, que a ingestão de cafeína por parte de mulheres grávidas e/ou amamentando e mulheres que planejam engravidar seja inferior a 300 miligramas por dia.

[115] O artigo, na época em que foi noticiado, ainda estava no formato “pre-print” (Epub ahead of print), tendo sido efetivamente publicado só em junho de 2021.

Para Jack E. James (2021), autor desse artigo de revisão e outros trabalhos sobre cafeína[116], essa substância deve receber atenção não só pelo seu "consumo generalizado", mas especialmente porque quando ingerida durante a gravidez "a cafeína atravessa prontamente a placenta, expondo o feto à concentrações da droga semelhantes aos níveis sistêmicos da mãe" (JAMES, 2021, p. 2). James alertava que a exposição do feto aos efeitos farmacológicos dessa "droga" aumentaria o "risco potencial" para diversos desfechos negativos, tais como aborto, natimorto, baixo peso ao nascer e leucemia aguda e obesidade infantil (JAMES, 2021).

Ademais, ainda segundo esse autor, além de não existir evidência científica de que a cafeína seja "benéfica" para mãe ou o bebê, o acúmulo de evidências sobre os "potenciais danos" fetais associados ao consumo materno de cafeína justificaria o aconselhamento para

Figura 23: Publicação no jornal canadense sobre consumo de cafeína por grávidas

Nota: Reprodução do "print de tela" do website da CTV News, mostrando novamente uma imagem de "barriga de grávida". Abaixo da imagem diz o seguinte: "EDMONTON - Mulheres que estão grávidas ou tentando engravidar podem querer evitar sua xícara de café matinal, de acordo com uma nova pesquisa que sugere níveis seguros de consumo de cafeína durante a gravidez é um mito. Uma análise de estudos observacionais, publicada na revista BMJ Evidence Based Medicine na segunda-feira, encontrou evidências que sugerem que o consumo materno de cafeína pode estar associado a resultados negativos na gravidez, alertando que "não há nível seguro de consumo" para mães grávidas."

Fonte: adapatada de CTV News, [2021].

[116] Além deste artigo de revisão, o psicólogo australiano Jack E. James publicou dois livros sobre o tema: "Caffeine and Health", em 1991, e "Understanding Caffeine: A Biobehavioral Analysis" em 1997

que as mulheres evitem o consumo de cafeína durante o período que vai desde a pré-concepção até o puerpério (ou enquanto estiverem amamentando).

O artigo de Jack E. James ganhou grande repercussão na mídia nessa época, tendo sido citado também em jornais como o The New York Times: "Quanto café você pode beber durante a gravidez? Talvez nenhum"[117], pelo The Guardian: "Não há nível seguro de consumo de café para mulheres grávidas, diz estudo"[118], pela CNN: "Consumo de cafeína não é seguro durante a gravidez, diz novo estudo. Alguns especialistas discordam"[119], e pela BBC: "Tomar um pouco de cafeína na gravidez 'é bom/aceitável'"[120]. Como os títulos de algumas das reportagens sugerem, o tom e o conteúdo destas eram aparentemente menos alarmistas do que no jornal canadense. Por exemplo, a reportagem da CNN ponderava sobre as possíveis dificuldades de monitoramento para manter o consumo de cafeína dentro de "níveis seguros", tendo em vista que essa substância poderia ser encontrada em vários alimentos, bebidas e medicamentos, além do café. Já a reportagem da BBC, para ajudar as mulheres a controlar o consumo, apresenta um link para uma "calculadora de ingestão de cafeína" do site da instituição Tommy's, uma organização que pesquisa e divulga informações sobre "causas de complicações na gravidez, aborto espontâneo, natimorto, parto prematuro e morte neonatal" (FIGURA 24)[121].

Além disso, algumas reportagens também traziam o posicionamento da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o tema, bem como críticas ao estudo de James que teriam sido apresentadas por algumas instituições, como o American College of Obstetricians and Gynecologists e o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, na Inglaterra, por especialistas, como o Dr. Alan Leviton, professor de neurologia da Harvard Medical School e

---

[117] BAKALAR, Nicholas. *How Much Coffee Should You Drink During Pregnancy? Maybe None at All*. Disponível em: https://www.nytimes.com/2020/08/26/well/caffeine-coffee-pregnancy.html . Acesso em: 05 mai 2023.

[118] BOOTH, Robert. *No safe level of coffee drinking for pregnant women, study says*. Disponível em: https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2020/aug/24/no-safe-level-coffee-drinking-pregnant-women-study-says . Acesso em: 05 mai 2023.

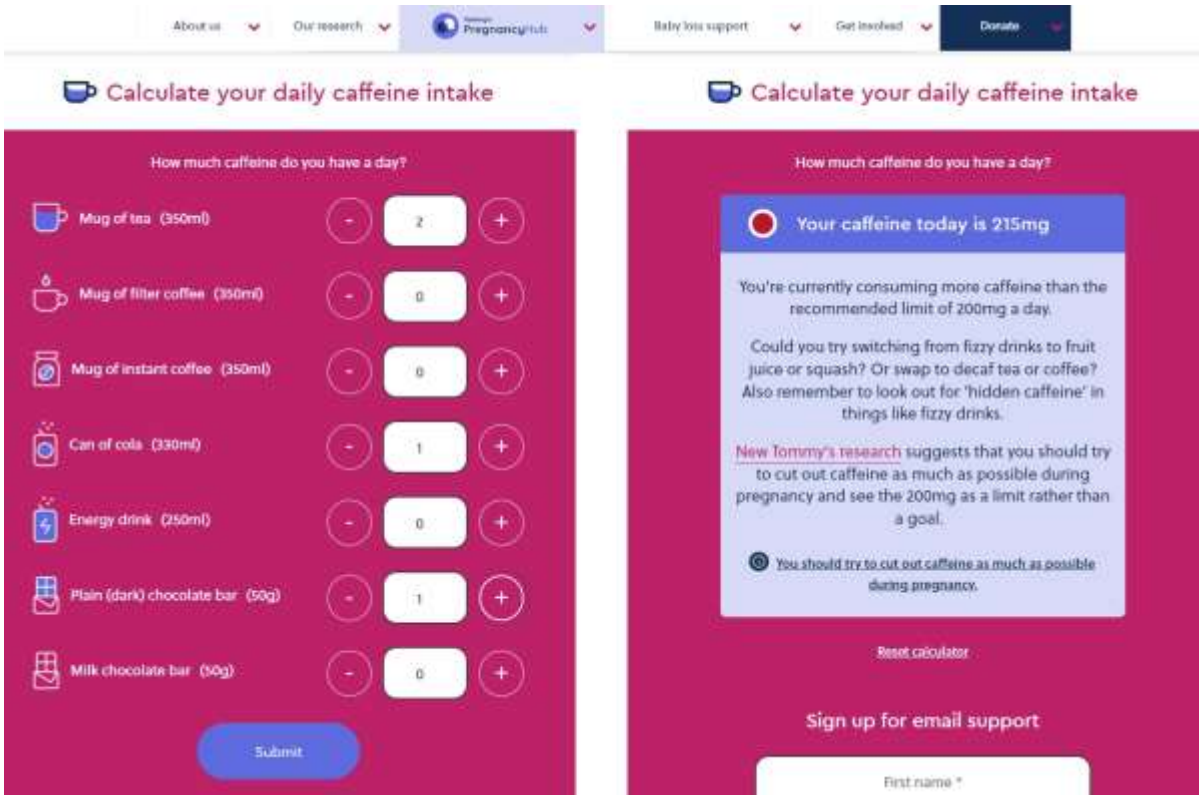
[119] *LaMOTTE, Sandee. Caffeine consumption not safe during pregnancy, new study says. Some experts disagree*. Disponível em: https://www.cnn.com/2020/08/24/health/caffeine-during-pregnancy-study-wellness/index.html

[120] *Having some caffeine in pregnancy 'is fine'*. Disponivel em: https://www.bbc.com/news/health-53887440 . Acesso em: 23 ago 2021.

[121] Disponível em: https://www.tommys.org/pregnancy-information/calculators-tools-resources/check-your-caffeine-intake-pregnancy . Acesso em: 23 ago 2021.

pesquisador sobre café e saúde, em nome da National Coffee Association. As críticas eram especialmente relacionadas a algumas questões metodológicas da pesquisa[122].

Figura 24: “Calculadora de ingestão de cafeína” para grávidas



Nota: Reprodução do “print de tela” do website da instituição Tommy's, mostrando à esquerda uma simulação na ingestão de alguns produtos que podem conter cafeína e, à direita, o resultado, estimado em miligrama, do suposto consumo de cafeína por uma pessoa grávida. Nessa simulação, como a pessoa teria excedido o limite recomendado, a mensagem traz algumas sugestões para mudança de hábitos alimentares (mudar de refrigerantes para suco), comportamentos (procurar pela “cafeína escondida”) e perspectiva (ver os 200 mg de cafeína como um “limite” e não como uma “meta”).
Fonte: adapatada de Tommys.org, [2021].

Como vimos no capítulo 4, a OMS recomenda que “mulheres grávidas com alta ingestão diária de cafeína”, isto é, gestantes que ingerem mais de 300 mg dessa substância por

[122] As críticas referem-se ao fato de que as conclusões do artigo de James estão baseadas, principalmente, em resultados de estudos observacionais e de natureza retrospectiva. Isto é, em estudos nos quais as mulheres eram solicitadas a relembrar sobre seu consumo de cafeína durante a gravidez, tempos depois de terem dado à luz ou depois de um resultado adverso, como aborto espontâneo. Para os críticos, os resultados destes estudos são controlados de forma inadequada, não podendo, portanto, estabelecer a relação de causa e efeito, além de serem afetados por outros “fatores de confusão”, como tabagismo e alguns “sintomas” da gravidez (enjoos e sensibilidades a sabores e cheiros fortes, como o do café).

dia deveriam diminuir o consumo, para reduzir o risco de "perda da gravidez" e de recém-nascidos com baixo peso ao nascer. Essa restrição no consumo de cafeína por mulheres grávidas faz parte de um conjunto de recomendação da OMS, cujo objetivo era o de complementar os manuais da OMS já existentes, fornecendo um "enquadramento baseado em evidências científicas" também ao pré-natal.

Cabe ressaltar que, nessas reportagens, a OMS e algumas entidades e especialistas nesse campo fazem recomendações que são consideradas como sendo "mais moderadas" ao limitar[123], e não eliminar o consumo dessa substância, como propõe a "revisão radical" de Jack E. James. Os "moderados", diferentemente do que propõem os defensores da abstinência total de cafeína por parte de mulheres grávidas, consideram que uma ingestão limitada tem se mostrado segura para a maioria das mulheres grávidas, e os resultados negativos poderiam ser explicados, pelo menos em parte, por outros fatores associados à alta ingestão de cafeína, como por exemplo o tabagismo. Mas eles também reconhecem que, apesar do estudo de James demonstrar uma "fraca associação" entre o consumo de cafeína e resultados adversos da gravidez, essa associação ainda está lá, ela existe. Assim, a abordagem "sensata" ou "moderada" seria a de "desencorajar o consumo excessivo" de cafeína por parte das mulheres grávidas ou que estão tentando engravidar, dado os potenciais riscos para fetos e bebês.

O que estaria por trás desses aconselhamentos "moderados" acerca do consumo de cafeína por mulheres grávidas e que poderia explicar, pelo menos em parte, por que isso ainda permanece como uma preocupação?

A cafeína é uma substância estimulante (da família das metilxantinas) encontrada em uma variedade de produtos, sendo o café provavelmente a fonte mais comum de ingestão dessa substância. Segundo a antropóloga Catherine M. Tucker (2011), o interesse médico pelo café e os seus efeitos sobre o corpo humano vem de longa data. Os primeiros médicos reconheciam as ações/propriedades energéticas dessa substância e tratavam-na como uma droga útil[124].

---

[123] As associações de Ginecologia e Obstetrícia, de modo geral, costumam considerar como "dose segura" ou "aceitável" uma dosagem de cafeína diferente do que a OMS propõe. Grosso modo, as associações recomendam que o consumo de cafeína por mulheres grávidas, lactantes e mulheres que planejam engravidar seja de até 200 miligramas por dia, enquanto a OMS recomenda um limite diário de cafeína um pouco maior, de até 300 miligramas.

[124] O médico Avicena (980–1037) teria realizado um dos primeiros registros escritos sobre os efeitos do café: "Ele fortalece os membros, limpa a pele e seca a umidade que está sobre ela, e dá um cheiro excelente a todo o corpo" (Ukers, 1935, apud Tucker, 2011: 74).

Contudo, atualmente, os efeitos do consumo de café e da cafeína na saúde são controversos. Suspeita-se que o café pode apresentar tanto aspectos nutricionais vantajosos e reduzir o risco de certas doenças, quanto estar associado a vários males da sociedade moderna, como doenças cardíacas, hipertensão, colesterol alto, câncer e problemas reprodutivos (TUCKER, 2011). Segundo Tucker (2011), esta controvérsia em torno dos benefícios e perigos do café/cafeína se deve a vários desafios que a biomedicina enfrenta para entender como essa substância afeta a saúde humana; essa dificuldade estaria relacionada às variações na mistura, torrefação e preparação dos grãos (no caso do café), às diferenças nas reações fisiológicas individuais ao consumo dessa substância, à "complexidade química"[125] dos diferentes tipos de café e, principalmente, à dificuldade de se desenvolver desenhos de pesquisa que consigam realmente isolar os efeitos da cafeína sobre a saúde – uma complexidade inseparável ao processo contemporâneo de "molecularização da vida" (ROSE, 2013)[126].

Mesmo diante de tantos desafios e incertezas sobre os efeitos adversos da cafeína, desde os anos 1980 diversas organizações de saúde, como a Food and Drug Administration (FDA), vêm aconselhando as mulheres grávidas a limitar a ingestão dessa substância. Segundo o pediatra norte-americano Myron Winick (1998)[127], as recomendações da FDA se basearam inicialmente em experimentos realizados em cobaias. Embora se saiba que a cafeína é metabolizada de forma diferente em humanos e nos animais usados nos experimentos (e que, portanto, os resultados não poderiam ser transferidos diretamente para humanos), para o médico, os "efeitos adversos" da cafeína observados em um modelo animal deveriam ser motivo para maiores investigações em humanos. Nesse sentido, os dados sobre aborto espontâneo, malformações congênitas, retardo no crescimento fetal e efeitos residuais no

---

[125] O café contém carboidratos, lipídios (gorduras), proteínas, aminoácidos, ácidos nucléicos, vitaminas, alcaloides, compostos voláteis, entre outros, sendo a cafeína apenas um dos compostos do café que podem influenciar a saúde humana (Tucker, 2011).

[126] Segundo Rose (2013), a biopolítica contemporânea emergiu, entre outras coisas, a partir de mudanças nas racionalidades e nas tecnologias de governo de si. Dentre essas mudanças, o autor aponta para um "estilo molecular de pensamento" acerca da vida, que traz um jeito particular de identificar dificuldades, que vão modelando e estabelecendo o próprio objeto de explanação. Ele cita o exemplo da indústria farmacêutica e da pesquisa terapêutica que, de maneira mais geral, manipula e desenvolve agentes terapêuticos em nível molecular, e são em termos moleculares que seus modos de ação são explicados (ROSE, 2013).

[127] Myron Winick (1929-2012) era médico pediatra, especialista em nutrição e autor de livros que abordam a relação entre gravidez e nutrição e seus impactos tanto no desenvolvimento infantil quanto no aparecimento de doenças crônicas na vida adulta: *For Mothers & Daughters: A Guide to Good Nutrition for Women* (1983), *Nutrition, Pregnancy, and Early Infancy* (1989), *Growing Up Healthy: Protecting Your Child from Diseases Now Through Adulthood* (2004). Este último livro tem um capítulo cujo título dá uma pista sobre o posicionamento dele em relação ao tema: "*Pregnancy: Adult Diseases Can Start in the Womb*".

recém-nascido (encontrados nos animais), seriam suficientes para indicar que a ingestão de cafeína por parte da "mãe" pode ter relação com um desfecho ruim da gravidez. Ainda de acordo com Winick (1998), muitos estudos em humanos foram realizados desde 1980, mas estas pesquisas nem sempre produziram resultados "conclusivos" ou "consistentes", dificultando o trabalho de aconselhamento dos profissionais de saúde sobre "como evitar a cafeína durante a gravidez". Apesar disso, definiu-se um padrão que relaciona doses de cafeína acima de 300 mg por dia a vários tipos de resultados ruins, incluindo infertilidade, mudanças na fisiologia do feto e abortos espontâneos (WINICK, 1998).

Atualmente, a orientação da OMS sobre a limitação de 300 mg no consumo diário de cafeína por parte de mulheres grávidas, segundo consta nos documentos analisados, foi baseada em uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (ECR), tipo de estudo considerado atualmente como "padrão ouro" na produção de evidências científicas no campo da saúde, e em algumas revisões de estudos não randomizados sobre dois possíveis efeitos da ingestão de cafeína: "perda de gravidez" e "baixo peso ao nascer".

A revisão sistemática intitulada *Effects of restricted caffeine intake by mother on fetal, neonatal and pregnancy outcomes* foi publicada na *Cochrane Library* em 2015, e incluiu dois ECR (JAHANFAR; JAAFAR, 2015). Essa é a quarta versão de uma série de revisões, iniciada em 2008, que levava o título *Modifications of maternal caffeine intake for improving pregnancy outcome* (JAHANFAR; SHARIFAH, 2008). Isto é, desde 2008, uma série de revisões sistemáticas vêm buscando investigar os efeitos da redução da ingestão de cafeína nos resultados fetais, neonatais e da gravidez. Segundo consta na revisão sistemática, dos dois estudos selecionados, somente um deles contribuiu com evidências; o outro ECR não trazia dados sobre nenhum dos desfechos da gravidez pré-estabelecidos[128] e foi, portanto, desconsiderado na revisão sistemática.

O único ensaio clínico randomizado considerado para a elaboração da recomendação foi conduzido na Dinamarca entre os anos 1996 e 1998 (BECH et al., 2007). Esse estudo contou com a participação de 1.207 mulheres grávidas que já estavam acostumadas a beber mais de três xícaras de café por dia. As participantes foram divididas de forma

[128] Os resultados maternos considerados na revisão sistemática são: dor de cabeça; náusea; resultados psicológicos (depressão, ansiedade, sonolência ou letargia); e diabetes gestacional. No que se refere ao feto e ao recém-nascido, os desfechos considerados foram: aborto (antes das 20 semanas de gestação); mortalidade perinatal (período que se estende das 22 semanas de gestação à 42 dias após o nascimento); hipóxia, taquicardia e arritmias fetal; nascimento prematuro; peso e tamanho no nascimento; síndrome de abstinência neonatal à cafeína; apneia, taquicardia e arritmias neonatal; paralisia cerebral e comprometimento cognitivo; e síndrome da morte súbita infantil.

aleatória/randomizada em dois grupos: o “grupo controle”, que recebeu café instantâneo cafeinado, e o “grupo intervenção”, que recebeu café instantâneo descafeinado. As participantes não tinham restrições sobre a quantidade de café que poderiam tomar (podiam, inclusive, solicitar mais café se quisessem), nem foram orientadas a evitar outras fontes de cafeína, como chás ou chocolate (BECH et al., 2007). Os resultados desse estudo mostraram que “O fornecimento de café descafeinado a mulheres que bebiam três ou mais xícaras de café por dia no início da gravidez não teve efeito no peso ao nascer ou na duração da gestação” (BECH et al., 2007, p. 5). Isto é, para mulheres que bebiam café regularmente, a redução da ingestão de cafeína não interferiu nos resultados maternos e fetais/neonatais. Assim, os autores da revisão sistemática concluíram que “Não há evidência suficiente para confirmar ou refutar a efetividade de se evitar a cafeína sobre o peso ao nascer ou outros resultados da gravidez” (JAHANFAR; JAAFAR, 2015, p. 2).

A partir dessa conclusão, poderíamos pensar que as evidências científicas sobre o efeito da cafeína nos resultados fetais, maternos e neonatais são escassas (e as poucas que existem são consideradas de “baixa qualidade”, principalmente, devido ao tamanho das amostras); essas evidências não serviriam, portanto, como base para aconselhar as mulheres grávidas sobre o consumo de café durante a gravidez. Contudo, cabe ressaltar que, na linguagem científica, dizer que “não existem evidências suficientes para avaliar os efeitos da cafeína”, não significa afirmar que os efeitos da cafeína sobre a gravidez não existem ou não devem ser considerados. Pelo contrário, para os autores da revisão sistemática, esses efeitos devem ser ainda mais objeto de investigação. Jahanfar e Jaafar (2015) ponderam sobre a existência de “resultados mistos” ou “conflitantes” nos estudos que investigam a relação entre a ingestão de cafeína e os resultados da gravidez. Isto é, enquanto algumas pesquisas realizadas a partir dos anos 1980 indicam que a ingestão de cafeína tem um “efeito debilitante” sobre o desenvolvimento do feto, podendo levar a restrição de crescimento, baixo peso ao nascer e até causar a “morte fetal” (BECH, 2005 apud JAHANFAR; JAAFAR, 2015), pesquisas mais recentes vêm mostrando que a ingestão de cafeína ou não tem efeito sobre a gravidez ou pode até mesmo ser benéfica, ao reduzir o risco de diabetes gestacional (ADENEY, 2007 apud JAHANFAR; JAAFAR, 2015), por exemplo.

Assim, mesmo diante de resultados contraditórios, observo que as revisões sistemáticas relacionadas à ingestão de cafeína vêm sendo elaboradas a partir do pressuposto de que o consumo dessa substância durante a gravidez deve ser motivo para preocupação, pois

poderia levar a desfechos ruins. Essa ideia parece estar fundamentada, sobretudo, naqueles estudos realizados em cobaias (ratos, ovelhas)[129], tendo em vista que "até agora, as evidências epidemiológicas não foram capazes de detectar nenhum efeito teratogênico da exposição do feto humano à cafeína" (JAHANFAR; JAAFAR, 2015, p. 5). Nesse sentido, os autores argumentam que seria necessário realizar mais ensaios clínicos randomizados "adequadamente projetados para estabelecer a possibilidade de aconselhar as mulheres com segurança sobre como evitar a cafeína durante a gravidez" (JAHANFAR; JAAFAR, 2015, p. 9).

Em suma, nenhum dos resultados maternos abordados no documento da OMS para o pré-natal – a saber: infecções, anemia, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, diabetes gestacional, via/forma de nascimento, ganho de peso, violência por parceiro íntimo, efeitos colaterais, alívio de sintomas, mortalidade materna e satisfação materna – foram relatados. No que se refere ao feto e ao recém-nascido, essa revisão mostrou que restringir a ingestão de cafeína tem pouco ou nenhum efeito no desenvolvimento fetal, no peso de nascimento e na prematuridade, e não apresentou dados sobre anomalias congênitas ou mortalidade fetal/neonatal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Ainda assim, a OMS recomenda que as mulheres grávidas sejam informadas de que uma alta ingestão diária de cafeína, o equivalente a mais de 300mg/dia, está "provavelmente associada" a um alto risco de aborto e baixo peso ao nascer.

Essa recomendação da OMS, a partir do modo como foi fundamentada, nos leva a um ponto intrigante: se não existem evidências suficientes para avaliar os efeitos da cafeína na gestação, como determinar qual seria a quantidade (contra)indicada dessa substância para mulheres grávidas?

Para fazer uma indicação sobre a dose máxima de cafeína, o grupo de especialistas que elaborou essa recomendação se baseou então em "outras evidências", só que desta vez provenientes de revisões de estudos não randomizados, tipo de estudo considerado de "padrão inferior" na produção de evidências científicas, quando comparado ao ECR.

Segundo consta no documento da OMS, duas revisões estavam orientadas pela pergunta "Existe uma associação entre a ingestão materna de cafeína e o risco de baixo peso

[129] Estudo em ratos demonstraram que a cafeína e seus metabólitos atravessam a placenta, atingindo os tecidos fetais; podem produzir também danos cromossômicos nas células dos mamíferos; e estão associados a um aumento na morbidade e mortalidade fetal quando ratas grávidas são alimentadas com doses crescentes de cafeína (WINICK, 1998). Estes estudos em animais serviram como "evidências de apoio" sobre as alterações comportamentais, anatômicas e neuroquímicas no desenvolvimento do feto após a exposição à cafeína *in útero* e pós-nascimento (ESKENAZI, 1999).

ao nascer?" e outras duas pela pergunta "Existe uma associação entre a ingestão materna de cafeína e o risco de perda de gravidez?" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, p. 38). Isto é, estes estudos já buscavam "uma associação" entre o consumo de cafeína por mulheres grávidas e o risco de resultados considerados negativos. Sem apresentar qualquer informação sobre a forma como esses estudos foram conduzidos, o documento da OMS adverte que "a ingestão elevada de cafeína (mais de 300 mg) está provavelmente associada a um maior risco de baixo peso ao nascer" e que "qualquer ingestão de cafeína provavelmente aumenta a perda de gestação em comparação com os controles (sem exposição)", sendo "mais comum entre mulheres grávidas com alta e moderada ingestão de cafeína". No entanto, essas recomendações não apresentam qual seria a quantidade segura para a ingestão de cafeína durante a gravidez, nem o período da gravidez em que essa ingestão seria mais ou menos prejudicial para o feto.

Como observamos, os discursos leigos e biomédicos que expressam preocupações com a alimentação e com consumo de substâncias potencialmente perigosas para gestação, como o café e o álcool, revelam uma expansão nas responsabilidades maternas relacionadas ao cuidado com fetos/bebês/crianças para o período muitas vezes anterior ao da própria gravidez. A vigilância e o disciplinamento dos corpos de pessoas grávidas (e de "tentantes"), bem como os aconselhamentos sobre dietas e estilos de vida adequados, vêm de longa data, mas se intensificaram ao longo do século XX ao ponto de se tornarem uma tendência dominante na obstetrícia contemporânea.

Os cuidados pré-natais recomendados pela OMS são apresentados como uma série de práticas inovadoras, baseadas em evidências, cuja implementação oportuna e adequada poderia salvar vidas. Isto é, o pré-natal aparece como elemento fundamental de um "dispositivo de regulação" (ROBLES, 2015b), que possui elementos mais ou menos negociáveis empregados para o governo da vida, moldando comportamentos de "cuidado de si" e do "outro a vir" e configurando experiências de gravidez e relações de parentalidade.

Nessa seção, busquei analisar o controverso processo de elaboração de uma dessas diretrizes para o pré-natal: a restrição do consumo de cafeína. Como vimos, diferentemente de algumas posições que pregam uma "revisão radical" no aconselhamento às mulheres grávidas, a OMS tem um posicionamento considerado "moderado" ao não propor abstenção, mas sim a restrição do consumo de cafeína durante a gravidez. Contudo, essas recomendações estão baseadas nos mesmos pressupostos (e na mesma carência de evidências) que as recomendações "radicais" de Jack E. James e outros defensores da abstinência total de cafeína: o de que o consumo de cafeína durante a gestação seria um "fator de risco" para

resultados negativos no desenvolvimento fetal, e que esse “risco” parece aumentar de acordo com a dose ingerida. Assim, ao defender a abstinência ou restrição no consumo de determinadas substâncias sem base em evidências contundentes, os formuladores de políticas reafirmam uma conexão entre incerteza e perigo (LOWE; LEE, 2010).

Especificamente em relação à controvérsia em torno da cafeína, é importante destacar que, embora as recomendações da OMS estejam fundamentadas em estudos e pesquisas realizadas ao longo das últimas décadas, houve um uso interessado de determinadas evidências científicas, que ora considerava o nível de hierarquia pré-estabelecido nos guidelines de construção das diretrizes, ora parecia não considerar. Isto é, essas recomendações foram elaboradas com base em evidências pouco ou nada conclusivas, tendo sido emitida em um contexto de incerteza sobre os efeitos prejudiciais dessa substância antes e durante da gravidez, já que não existem novas evidências a esse respeito. Nesse caso, assim como observado por Lowe e Lee (2010), as incertezas não foram interpretadas como um motivo para refutar a ideia de perigo, mas como um motivo para apoiar essa noção. Logo, seguindo o pressuposto da precaução, a abordagem “mais moderada” seria a de desencorajar as mulheres quanto ao consumo de cafeína.

Por fim, é importante ressaltar que meu objetivo não é afirmar se o consumo de determinada substância é ou não prejudicial à saúde de grávidas, fetos e bebês. O interesse era o de examinar como certas evidências científicas são produzidas e utilizadas no processo de elaboração de uma diretriz global de saúde, em especial as recomendações da OMS em torno do consumo de café. A partir dessa análise, procurei lançar luz sobre alguns dos ideais de maternidade e ciência que permeiam uma política global de saúde para mulheres no século XXI, bem como sobre como as diferentes noções de risco se articulam com práticas e intervenções realizadas no pré-natal de rotina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Risco" é uma categoria biomédica que opera dentro de uma abordagem técnico-científica, supostamente neutra e objetiva, que é utilizada para descrever eventos, fenômenos e atividades que apresentam probabilidades de provocar danos à saúde. Os perigos para a saúde materna e fetal, em sua grande maioria, são tratados como fenômenos passíveis de serem conhecidos, mensurados, gerenciados e prevenidos/evitados ou, pelo menos, minimizados; nesse sentido, essa categoria se constitui como um importante preditor para um conjunto de intervenções na prática médica atual.

Como vimos, os estudos socioculturais sobre o risco vêm apontando alguns limites das análises quantitativas que simplificam os contextos relacionados aos perigos e pressupõem a existência de consensos entre diferentes sociedades sobre o que seria considerado arriscado. Mais do que uma categoria preditiva, risco é um conceito fundamental para compreender como determinados grupos sociais (em especial, nas sociedades ocidentais contemporâneas) lidam não só com as questões que vêm à tona a partir do próprio processo de desenvolvimento científico e tecnológico, mas também com o conhecimento que vem sendo produzido e acumulado sobre os inúmeros perigos que nos rondam. Assim, o acionamento de noções de risco seria atualmente uma forma de racionalizar, descrever e, principalmente, de lidar com tantas incertezas.

A partir de uma perspectiva sociocultural podemos observar o caráter coletivo, simbólico e moral embutido nas noções de risco, bem como os rituais que orientam comportamentos em situações de perigo (NEVES, 2008). Princípios morais, crenças e valores previamente estabelecidos em uma sociedade orientam o processo de classificação de riscos, definindo quais perigos devem ser considerados (e a ordem em que serão abordados), quais são as causas, quem são as vítimas e quais são as práticas "purificadoras" que precisam ser colocadas em ação (DOUGLAS; WILDAVSKY, 1982). Ou seja, o que define quais são os eventos, fenômenos e atividades que representam perigo e as ações que devem ser tomadas diante disso são, principalmente, as exigências morais em uma dada sociedade e não necessariamente o caráter objetivo do perigo. Por carregarem em si valores definidos socialmente, as noções de risco/perigo ajudam a qualificar acontecimentos, coisas e pessoas e a orientar as percepções, os julgamentos e as ações na vida cotidiana. O conhecimento orientado pelo risco promove intervenções sobre os corpos individual e coletivo, funcionando

como um poderoso instrumento de organização e normalização da vida social (NEVES, 2008).

Longe de ser neutra, a categoria risco no campo da Saúde Pública apresenta um sentido predominantemente negativo, aparecendo como uma ameaça constante à saúde dos indivíduos e das populações (LUPTON, 1993). Os discursos de risco presentes em políticas e programas de promoção e educação em saúde ao mesmo tempo em que buscam conscientizar sobre os potenciais perigos provocados por um "estilo de vida inadequado", ajudam a forjar a "consciência de risco" que constitui atualmente as subjetividades individuais. Essa consciência promove uma "ideologia da responsabilidade individual" (CRAWFORD, 1977) na qual as pessoas são incitadas a avaliarem constantemente os riscos associados ao estilo de vida e a alterarem seus comportamentos sempre que necessário; e isso, além de propor padrões comportamentais restritivos, acaba produzindo também novas ansiedades e inseguranças.

Nesse sentido, a relação entre risco, gravidez e nascimento vem se configurando como um tema de interesse nas ciências sociais nas últimas décadas, proporcionando uma melhor compreensão sobre a variedade de processos sociais que influenciam os modos como os riscos são assumidos, comunicados, avaliados, negociados e gerenciados. Por exemplo, pesquisas que abordam as percepções de risco (tanto de gestantes quanto de profissionais da saúde) e os processos de tomada de decisão na gravidez e no nascimento, estudos que analisam discursos de risco em manuais dirigidos às grávidas e em políticas e programas de saúde materno-infantil (por exemplo, sobre o consumo de determinadas substâncias) e trabalhos que investigam os impactos sociais de tecnologias reprodutivas e de diagnóstico pré-natal, bem como os riscos decorrentes do próprio processo de medicalização.

Além desses, vimos também alguns estudos etnográficos que abordam a relação entre noções culturais locais de risco/perigo e recomendações globais para a "saúde materna". Essas etnografias revelam lacunas e contrastes entre os discursos nos âmbitos internacional, nacional e local, e entre as definições "oficiais" e "não oficiais" (ALLEN, 2002) do que constituiria risco à saúde materna. Os conceitos e pressupostos presentes nas recomendações internacionais podem ser vivenciados, interpretados e negociados de diferentes maneiras nas esferas local/situada, sendo orientados por sistemas simbólicos e culturais particulares e atravessados por diversos marcadores sociais da diferença (como gênero, sexualidade, raça/etnia, classe, idade, lugar de origem/nacionalidade, entre outros) em contextos históricos, políticos e econômicos específicos.

Neste estudo, procurei mapear algumas noções de risco na gravidez e no nascimento e analisar a articulação entre esses discursos e a construção de práticas, experiências e subjetividades acerca da maternidade na contemporaneidade. A partir de um estudo etnográfico multi-situado, procurei observar a circulação de discursos de risco nos âmbitos global, local e situado e examinar a variedade de significados culturais sobre os potenciais perigos associados ao gestar e ao parir.

Em relação às políticas globais para a saúde materna publicadas pela OMS, vimos que o primeiro grande perigo associado à gravidez e ao nascimento é o risco de morte materna, especialmente para "mulheres dos países em desenvolvimento" – uma morte que é descrita como "evitável" a partir da adoção de "cuidados apropriados" prestados por "profissionais de saúde qualificados". Embora a mortalidade materna também seja associada a problemas sociais e econômicos que afetam direta e indiretamente a saúde e o acesso aos serviços, tais como escolaridade, situação econômica e local/condições de moradia, nas políticas e programas para saúde materna, o enfoque maior é dado para os "fatores de risco reprodutivo" e para as "causas médicas" diretas e indiretas. Isto é, a ênfase está em uma noção de risco/perigo que é ocidentalizada, individualizada, descontextualizada e altamente medicalizada (VAN DER SIJPT, 2013). Dentro dessa construção, as mortes maternas poderiam ser evitadas, principalmente, a partir do treinamento de parteiras locais para realizarem o monitoramento de "fatores de riscos" individuais e o reconhecimento de "sinais de alerta" para complicações, além da implementação oportuna de intervenções biomédicas na gestação, no trabalho de parto ou após o nascimento, sempre que existir a possibilidade de acontecer algum dano à saúde da mãe ou do bebê. Contudo, vimos também que as estratégias para a redução da mortalidade materna nas política e programas para o "desenvolvimento" vem falhando em reconhecer o modo como aspectos culturais locais acerca desses e de outros riscos/perigos para a reprodução se intersectam com marcadores sociais da diferença em contextos políticos e socioeconômicos específicos, produzindo novas "vulnerabilidades reprodutivas" (CHAPMAN, 2006) que afetam os cuidados de saúde e mantém as desigualdades globais em relação à saúde reprodutiva.

Além do problema da mortalidade materna, as políticas globais também apontam para os riscos decorrentes do próprio processo de "medicalização do parto", isto é, para os problemas que podem acontecer a partir da realização rotineira de determinadas intervenções na assistência, que foram implementadas principalmente nos "países desenvolvidos" e em alguns países em desenvolvimento, como é caso do Brasil, com o objetivo de controlar, "auxiliar" ou "corrigir" o processo natural de parturição (NUCCI et al., 2021). Após a

condução de novas pesquisas e da sistematização de estudos sobre a eficácia e segurança das intervenções utilizadas rotineiramente na assistência, a OMS buscou redefinir algumas práticas obstétricas fundamentando-se em novas "evidências científicas". Ou seja, a OMS redefiniu quais intervenções e tecnologias seriam mais adequadas para o momento do nascimento e que deveriam ser estimuladas por não apresentarem perigo à saúde; quais intervenções que, por aportarem algum risco ao processo, deveriam ser reservadas para quando houvesse "indicações médicas"; e quais deveriam ser completamente abolidas por serem altamente prejudiciais à saúde.

Em suma, nas políticas globais para a saúde materna publicadas pela OMS nas últimas décadas do século XX, enquanto nos países em desenvolvimento o principal problema seria a mortalidade materna relacionada à falta de assistência médica, nos países desenvolvidos, o problema estaria nos efeitos iatrogênicos associados ao excesso de intervenções na gravidez e no nascimento – o que vem sendo definido por movimentos feministas desde os anos 1980 como "violência obstétrica" (OLIVEIRA, 2019). Aliás, é importante ressaltar que, embora a OMS tenha publicado em 2014 uma declaração na qual apresenta algumas medidas que deveriam ser adotadas por governos e profissionais de saúde para a "prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014b), em nenhum momento esse problema é abordado nos documentos analisados neste estudo em termos de "violência obstétrica". A OMS descreve como "desrespeito", "abuso" e "maus-tratos" as situações em que há, por exemplo, humilhação verbal, negligência no atendimento, recusa de internação ou em administrar analgésicos e a realização de procedimentos médicos sem consentimento ou de forma coercitiva, incluindo o uso de violência física. Apesar disso, atualmente a OMS já reconhece que as mulheres em países em desenvolvimento e de alguns grupos sociais, como minorias étnicas, migrantes e mulheres de baixo nível sócio-econômico, estão "particularmente propensas a experimentar" tais situações – ou seja, correm mais risco de sofrerem violência obstétrica.

As diretrizes mais recentes da OMS buscam estabelecer um padrão global de assistência às gravidezes e nascimentos, com o objetivo de promover uma experiência positiva para todas as mulheres, bebês e suas comunidades. Essas diretrizes refletem uma perspectiva ocidentalizada que associa as mulheres ao papel de mães responsáveis e cuidadoras, reforçando o mito de que elas são naturalmente altruístas e que vão sempre colocar as necessidades de seus filhos em primeiro lugar, isto é, de que tudo é feito "em nome do filho" que está para nascer.

Os cuidados pré-natais e de assistência ao parto recomendados pela OMS, além de buscar promover a ideia de uma "maternidade positiva", têm o propósito principal de monitorar os "fatores de risco" para complicações que podem causar danos à saúde ou levar à morte. Assim, ao identificar, monitorar e tentar controlar tais riscos, tanto para as mulheres quanto para os bebês, os cuidados pré-natais e intraparto visam mitigar esses desfechos negativos. Como vimos, embora essas recomendações apontem para uma relativa "desmedicalização" da assistência, ainda permanece a abordagem que enquadra esses momentos como essencialmente críticos e potencialmente arriscados para mulheres e bebês, nos quais a vigilância contínua e o controle dos corpos são enfatizados.

Essas diretrizes apresentam os desfechos desejados (isto é, resultados a serem alcançados com a assistência pré-natal e ao parto), como a satisfação materna em relação aos tratamentos e intervenções, mas destacam principalmente os desfechos a serem evitados. Nesse sentido, foi possível identificar diversas noções de risco para mulheres, fetos e bebês. As noções de risco relacionadas aos resultados maternos abrangem, por exemplo, aborto, morbidade materna e danos causados por intervenções médicas desnecessárias (como as "cesáreas eletivas"). Já os riscos para fetos e bebês englobam desde problemas no desenvolvimento ou restrição no crescimento fetal até óbito perinatal, prematuridade, morbidades neonatais e riscos a longo prazo para a criança, como obesidade e asma.

Considerando que esses riscos devem ser identificados, idealmente, ainda durante a gravidez, amplifica-se assim a vigilância dos corpos das grávidas e dos fetos em desenvolvimento sob a forma de "cuidados pré-natais". Dentre essas práticas de cuidado, recomenda-se, por exemplo, uma série de intervenções nutricionais e de mudanças de estilo de vida, além do monitoramento contínuo da gestação e do parto através de avaliação clínica periódica e da implementação de testes diagnósticos e outras intervenções tecnológicas. Essas práticas integram um dispositivo de regulação que molda comportamentos de autocuidado e cuidado com o feto/bebê, configurando experiências de gravidez, parto e de maternidade.

Foi interessante notar que, neste estudo, essas noções de risco também apareceram no âmbito das experiências situadas e dos debates locais, evidenciando uma ampla difusão dessas ideias no contexto analisado. A partir dos relatos de mulheres brasileiras que tiveram filhos no Canadá, foi possível conhecer as trajetórias percorridas por elas durante a assistência pré-natal e nos nascimentos dos bebês. Foi possível também verificar como algumas noções de risco apareceram no planejamento da gestação, nas tentativas de concepção, na descoberta, confirmação e anúncio da gravidez e nos cuidados específicos com esta, especialmente naquilo que elas modificaram ou deixaram de fazer para ter um "estilo de vida saudável".

Tanto discursos biomédicos quanto leigos têm ampliado as responsabilidades maternas para o período anterior à própria gravidez, como mudanças na alimentação e a restrição do consumo de substâncias potencialmente perigosas, como o álcool e a cafeína, antes mesmo da concepção. Além disso, neste estudo foi possível observar uma preponderância de riscos biomédicos associados à gestação e ao nascimento nos relatos das mulheres (como o risco de complicações obstétricas, de anormalidades no desenvolvimento fetal e de possível morte, principalmente para o feto/bebê), assim como Chadwick e Foster (2014) observaram no contexto sul-africano, sendo que esses riscos eram considerados gerenciáveis a partir de conhecimento especializado e de monitoramento e intervenção tecnológica (ou seja, a tecnologia aparecendo também como caminho para superar os riscos de complicações obstétricas) (CHADWICK; FOSTER, 2014).

Faz-se necessário aprofundar em trabalhos futuros a discussão sobre o modo como os instrumentos de coleta dos dados permitem verificar diferenças nas avaliações de risco entre diferentes grupos de participantes, pois tanto os históricos reprodutivos das participantes quanto o momento em que elas se encontram no ato da entrevista parecem influenciar suas respostas acerca das diferentes percepções de risco. Outro ponto relevante a ser discutido posteriormente refere-se a questões relativas ao monitoramento dos riscos a partir do acompanhamento pré-natal e dos exames realizados rotineiramente no Canadá durante a gravidez, em especial os ultrassons obstétricos. Por fim, cabe aprofundar também sobre o processo de busca de informações acerca da gravidez e do nascimento, suas fontes e motivações. Foi possível observar que os objetivos dessa busca estavam relacionados, principalmente, com o planejamento para o parto e nem tanto com a gravidez em si e que as referências de cuidado do país de origem exercem uma maior influência sobre as percepções de risco do que as do país anfitrião.

REFERÊNCIAS

ALASZEWSKI, A. Anthropology and Risk: Insights into Uncertainty, Danger and Blame from Other Cultures – A Review Essay. *Health, Risk & Society*, v. 17, n. 3–4, p. 205–225, 2015.

ALLEBRANDT, D.; FREITAS, C. I. Em busca da cegonha: “tentantes”, “instamigas” e possíveis ativismos em redes sociais. *Cadernos Pagu*, n. 59, 2020.

ALLEN, D. *Managing Motherhood, Managing Risk:* Fertility and Danger in West Central Tanzania. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press, 2002.

AYRES, J. R. *Sobre o risco:* para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 2008.

BECH, B. H. et al. Effect of Reducing Caffeine Intake on Birth Weight and Length of Gestation: Randomized Controlled Trial. *BMJ*, v. 334, n. 7590, p. 409, 2007.

BECK, U. *Risk Society:* towards a new modernity. London: Sage Publications, 1992.

BECK, U. Risk Society’s ‘Cosmopolitan Moment’. Em: Lecture at Harvard University, Cambridge. *Anais*... Cambridge: 12 nov. 2008. Disponível em: <http://www.labjor.unicamp.br/comciencia/files/risco/AR-UlrichBeck-Harvard.pdf>. Acesso em: 9 out. 2022.

BELL, K.; MCNAUGHTON, D.; SALMON, A. Medicine, Morality and Mothering: Public Health Discourses on Foetal Alcohol Exposure, Smoking around Children and Childhood Overnutrition. *Critical Public Health*, v. 19, n. 2, p. 155–170, 2009.

BRANDÃO, J. R. D. M. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, 2019.

BRIVES, C.; LE MARCIS, F.; SANABRIA, E. What’s in a Context? Tenses and Tensions in Evidence-Based Medicine. *Medical Anthropology*, v. 35, n. 5, p. 369–376, 2016.

BROWNER, C. H. Foreword. Em: *Risk, reproduction, and narratives of experience*. Nashville: Vanderbilt University Press, 2012.

BRUGEILLES, C.; LESTAGE, F. Introduction. *Cahiers des Amériques latines*, n. 88–89, p. 23–36, 2018.

BRUNSON, J. Confronting Maternal Mortality, Controlling Birth in Nepal: The Gendered Politics of Receiving Biomedical Care at Birth. *Social Science & Medicine*, v. 71, n. 10, p. 1719–1727, 2010.

BRUNSON, J. *Planning Families in Nepal:* Global and Local Projects of Reproduction. [s.l.] Rutgers University Press, 2020.

CANADA, S. *Covid-19 in Canada: A One-year Update on Social and Economic Impacts*, mar. 2021. Disponível em: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/11-631-x/11-631-x2021001-eng.pdf?st=mTb0TNi8>. Acesso em: 9 out. 2022.

CANADA. *Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans*. Ottawa, ON, CA: Secretariat on Responsible Conduct of Research, 2019.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 44, p. 49–59, 2013.

CARRICABURU, D. De l'incertitude de la naissance au risque obstetrical: les enjeux d'une définition. *Sociologie et sociétés*, v. 39, n. 1, p. 123–144, 2008.

CASTIBLANCO MORENO, S. E.; BARBOSA CAMARGO, M. I.; ISAZA CASTRO, J. G. Desarrollo humano e igualdad de género. Un análisis de datos panel a la luz del ODS-5. *Revista Estudos Feministas*, v. 30, n. 3, 2022.

CASTIEL, L. D.; DARDET, C. A. *A saúde persecutória:* os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. *Correndo o risco:* uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

CHADWICK, R. J.; FOSTER, D. Negotiating Risky Bodies: Childbirth and Constructions of Risk. *Health, Risk & Society*, v. 16, n. 1, p. 68–83, 2014.

CHALMERS, B. et al. Rates of Interventions in Labor and Birth across Canada: Findings of the Canadian Maternity Experiences Survey. *Birth*, v. 39, n. 3, p. 203–210, 2012.

CHALMERS, I.; ENKIN, M.; KEIRSE, M. J. N. C. *Effective care in pregnancy and childbirth.* Oxford: Oxford Medical Publications, 1989.

CHAPMAN, R. R. Endangering Safe Motherhood in Mozambique: Prenatal Care as Pregnancy Risk. *Social Science & Medicine*, v. 57, n. 2, p. 355–374, 2003.

_____. Chikotsa - Secrets, Silence, and Hiding: Social Risk and Reproductive Vulnerability in Central Mozambique. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 20, n. 4, p. 487–515, 2006.

CHAPMAN, R. R. et al. Decolonising the Global to Local Movement: Time for a New Paradigm. *Global Public Health*, v. 17, n. 11, p. 3076–3089, 2022.

CHAZAN, L. K. *"Meio quilo de gente":* um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CLARKE, A. E. *Situational analysis:* Grounded theory after the postmodern turn. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, 2005.

COCHRANE, A. Foreword. Em: *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1989.

COHN, V. FDA to Warn On Caffeine In Pregnancy. *The Washington Post*, 4 set. 1980. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/archive/politics/1980/09/04/fda-to-warn-on-caffeine-in-pregnancy/6d23546d-1fcc-46a6-83ab-bfc7f763a0ee/>. Acesso em: 9 out. 2022.

CONABLE, B. B. Safe Motherhood. *World health forum 1987*, v. *8, n. 2, p. 155-160*, 1987. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/48189>. Acesso em: 9 out. 2022.

CONRAD, P. *The medicalization of society:* On the transformation of human condition into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

CORRÊA, M. C. D. V.; GUILAM, M. C. R. O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 10, p. 2141–2149, 2006.

CORRÊA, S. O Norplant nos anos 90: Peças que faltam. *Estudos Feministas*, p. 86–98, 1994.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1–2, p. 147–177, 1996.

COSMINSKY, S. Birth and Blame: Guatemalan Midwives and Reproductive Risk. Em: Fordyce, L.; Maraesa, A. (ed.) *Risk, Reproduction, and Narratives of Experience*. Nashville, Tennessee: Vanderbilt University Press, 2012. p. 81–101.

_____. *Midwives and mothers:* the medicalization of childbirth on a Guatemalan plantation. First edition ed. Austin: University of Texas Press, 2016.

COXON, K. et al. Reconceptualising Risk in Childbirth. *Midwifery*, v. 38, p. 1–5, 2016.

COXON, K.; SANDALL, J.; FULOP, N. J. To What Extent Are Women Free to Choose Where to Give Birth? How Discourses of Risk, Blame and Responsibility Influence Birth Place Decisions. *Health, Risk & Society*, v. 16, n. 1, p. 51–67, 2014.

CRAWFORD, R. You Are Dangerous to Your Health: The Ideology and Politics of Victim Blaming. *International Journal of Health Services*, v. 7, n. 4, p. 663–680, out. 1977.

CRENSHAW, K. W. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics. Em: Bartlett, K. T.; Kennedy, R. (ed.) *Feminist Legal Theory*. New York: Routledge, 2018.

CRENSHAW, K. W. (ed.). Unmasking Colorblindness in the Law: Lessons from the Formation of Critical Race Theory. Em: *Seeing Race Again*. [s.l.] University of California Press, 2019. p. 52–84.

CUETO, M.; BROWN, T. M.; FEE, E. *The World Health Organization:* a history. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2019.

DAVIS-FLOYD, R. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, v. 75 Suppl 1, p. S5–S23, 2001.

DIAS, M. A. B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1521–1534, 2008.

DINIZ, C. S. G. *Entre a técnica e os direitos humanos:* possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <https://dedalus.usp.br/F/YUESB7AKRP2MR73AVRD5ESXI5L4D84B2M88AND67QNKVUEENP3-40369?func=direct&doc%5Fnumber=001192868&pds_handle=GUEST>. Acesso em: 16 dez. 2022.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627–637, 2005.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. suppl 1, p. S101–S116, 2014.

DOUGLAS, M. *Purity and danger:* an analysis of conceptions of pollution and taboo. London: Routledge, 1966.

_____. *Risk Acceptability According to the Social Sciences*. New York: Russel Sage Foundation, 1985.

_____. Risk as a Forensic Resource. *Daedalus*, v. 119, n. 4, p. 1–16, 1990.

_____. *Risk and Blame:* Essays in Cultural Theory. London: Routledge, 1994.

DOUGLAS, M.; WILDAVSKY, A. *Risk and culture:* an essay on selection of technical and environmental dangers. Berkeley, CA: University of California Press, 1982.

DOWNE, S. et al. What Matters to Women: A Systematic Scoping Review to Identify the Processes and Outcomes of Antenatal Care Provision That Are Important to Healthy Pregnant Women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 123, n. 4, p. 529–539, 2016.

DOWNE, S. et al. What Matters to Women during Childbirth: A Systematic Qualitative Review. *PLOS ONE*, v. 13, n. 4, 2018.

DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 173–183, 2003.

DUDEN, B. *Disembodying women:* perspectives on pregnancy and the unborn. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1993.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. *Witches, midwives, and nurses:* a history of women healers. 2nd ed. New York City: Feminist Press at the City University of New York, 2010.

ESKENAZI, B. Caffeine — Filtering the Facts. *New England Journal of Medicine*, v. 341, n. 22, p. 1688–1689, 1999.

FALCÃO, M.; VIVAS, F. *Supremo decide que estados e municípios têm poder para definir regras sobre isolamento*. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/15/maioria-do-supremo-vota-a-favor-de-que-estados-e-municipios-editem-normas-sobre-isolamento.ghtml>. Acesso em: 9 out. 2022.

FAÚNDES, J. M. M.; DEFAGO, M. A. P. ¿Defensores de la vida? ¿De cuál "vida"? un análisis genealógico de la noción de "vida" sostenida por la jerarquía católica contra el aborto. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, n. 15, p. 10–36, 2013.

FAYA ROBLES, A. Health Regulations and Social Experiences of 'High-Risk' Pregnancies among Young Working-Class Women in Brazil. *Health, Risk & Society*, v. 21, n. 3–4, p. 100–121, 2019.

FERREIRA, L.; LOWENKRON, L. *Etnografia de documentos:* pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias. Rio de Janeiro: E-papers, 2020.

FONSECA, C. Da circulação de crianças à adoção internacional: questões de pertencimento e posse. *Cadernos Pagu*, n. 26, p. 11–43, 2016.

FONSECA, F. C. *Nossa Améfrica Ladina:* O pensamento (decolonial) de Lélia Gonzalez. 2021. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

FREIRE, L.; PIRES, B. A pesquisa etnográfica com documentos: escavando os contextos, as escalas e a materialidade do mundo social. Em: SIQUEIRA, I. R.; COSTA, V. S. (org.) *Metodologia e relações internacionais*: debates contemporâneos. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2023.

GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GIDDENS, A. *A Constituição da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

GINSBURG, F. D.; RAPP, R. *Conceiving the New World Order:* The Global Politics of Reproduction. Berkeley, CA: University of California Press, 1995.

GONZALEZ, L.; RIOS, F.; LIMA, M. *Por um feminismo afro-latino-americano:* ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar : Editora Schwarcz, 2020.

GUIVANT, J. A trajetória das análises de risco: da periferia ao centro da teoria social. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, v. 46, n. 2, 1998.

HALLGRIMSDOTTIR, H. K.; BENNER, B. E. 'Knowledge Is Power': Risk and the Moral Responsibilities of the Expectant Mother at the Turn of the Twentieth Century. *Health, Risk & Society*, v. 16, n. 1, p. 7–21, 2014.

HAMMER, R.; INGLIN, S. 'I Don't Think It's Risky, But…': Pregnant Women's Risk Perceptions of Maternal Drinking and Smoking. *Health, Risk & Society*, v. 16, n. 1, p. 22–35, 2014.

HAMMER, R. P.; BURTON-JEANGROS, C. Tensions around Risks in Pregnancy: A Typology of Women's Experiences of Surveillance Medicine. *Social Science & Medicine*, v. 93, p. 55–63, 2013.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, v. 5, p. 7–41, 2009.

HINE, C. *Virtual Ethnography*. London: SAGE Publications, 2000.

HOLLAND, K.; MCCALLUM, K.; WALTON, A. ‘I’m Not Clear on What the Risk Is’: Women’s Reflexive Negotiations of Uncertainty about Alcohol during Pregnancy. *Health, Risk & Society*, v. 18, n. 1–2, p. 38–58, 2016.

HÖSLE, V. O terceiro mundo como um problema filosófico. *Griot : Revista de Filosofia*, v. 8, n. 2, p. 239–265, 2013.

HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T. de. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 2, p. 461–481, 2002.

IVRY, T. *Embodying culture:* pregnancy in Japan and Israel. New Brunswick, N.J: Rutgers University Press, 2009.

JAHANFAR, S.; JAAFAR, S. H. Effects of Restricted Caffeine Intake by Mother on Fetal, Neonatal and Pregnancy Outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9 jun. 2015. Disponível em: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006965.pub4>. Acesso em: 5 maio. 2023.

JAHANFAR, S.; SHARIFAH, H. Modifications of maternal caffeine intake for improving pregnancy outcome. Em: THE COCHRANE COLLABORATION (Ed.). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2008. p. CD006965.

JAMES, J. E. Maternal caffeine consumption and pregnancy outcomes: a narrative review with implications for advice to mothers and mothers-to-be. *BMJ Evidence-Based Medicine*, v. 26, n. 3, p. 114, 2021.

LANE, K. Pluralist Risk Cultures: The Sociology of Childbirth in Vanuatu. *Health, Risk & Society*, v. 17, n. 5–6, p. 349–367, 2015.

LAZAREVICIUTE, I. *Caminho em direção ao desenvolvimento sustentável*. Transcrição do vídeo 4, módulo 1, apresentado em "Integrando a Agenda 2030 para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável", Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento PNUD/Brasil. 2020.

LEAL, M. D. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. suppl 1, p. S17–S32, 2014.

LEAL, M. D. C.; GAMA, S. G. N. D. Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. suppl 1, p. S5–S5, 2014.

LOWE, P. K.; LEE, E. J. Advocating Alcohol Abstinence to Pregnant Women: Some Observations about British Policy. *Health, Risk & Society*, v. 12, n. 4, p. 301–311, 2010.

LÖWY, I. Detectando más-formações, detectando riscos: dilemas do diagnóstico pré-natal. *Horizontes Antropológicos*, v. 17, n. 35, p. 103–125, 2011.

_____. *Tangled diagnoses: prenatal testing, women, and risk*. Chicago: The University of Chicago Press, 2018.

LUNA, N. Novas Tecnologias Reprodutivas: Natureza e Cultura em Redefinição. *CAMPOS - Revista de Antropologia Social*, v. 5, n. 2, 2004. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/campos/article/view/1624>. Acesso em: 18 abr. 2023.

LUPTON, D. Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health. *International Journal of Health Services*, v. 23, n. 3, p. 425–435, 993.

_____. *The Imperative of Health:* Public Health and the Regulated Body. London: SAGE Publications, 1995.

_____. Risk and the ontology of pregnant embodiment. Em: LUPTON, D. (Ed.). *Risk and Sociocultural Theory*. 1. ed. [s.l.] Cambridge University Press, 1999. p. 59–85.

_____. 'Precious Cargo': Foetal Subjects, Risk and Reproductive Citizenship. *Critical Public Health*, v. 22, n. 3, p. 329–340, 2012.

MAIA, M. B. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2010.

MARCUS, G. E. Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, v. 24, p. 95–117, 1995.

MARINS, C. Internet e trabalho de campo antropológico: dois relatos etnográficos. *Ponto Urbe [Online]*, v. 27, 2020. Disponível em: <http://journals.openedition.org/pontourbe/9067>. Acesso em: 9 out. 2022.

MARKENS, S.; BROWNER, C. H.; PRESS, N. Feeding the Fetus: On Interrogating the Notion of Maternal-Fetal Conflict. *Feminist Studies*, v. 23, n. 2, 1997.

MARTIN, E. Medical Metaphors of Women's Bodies: Menstruation and Menopause. *International Journal of Health Services*, v. 18, n. 2, p. 237–254, 1988.

_____. The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, v. 16, n. 3, p. 485–501, 1991.

_____. *A Mulher no Corpo*. [s.l.] Garamond, 2006.

MARTINS, A. P. V. *Visões do feminino:* a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2004.

MATHIEU, E. et al. *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus#explore-the-global-situation>. Acesso em: 9 out. 2022.

MATTA, R. da. *A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. 5. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

MILLER, D.; HORST, H. The Digital and the Human: A Prospectus for Digital Anthropology. Em: *Horst, H.A., & Miller, D. (Eds.). Digital Anthropology*. [s.l.] Routledge, 2012.

MILLER, S., Prof et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet (British edition)*, v. 388, n. 10056, p. 2176–2192, 2016.

MIRANDA, A. P. M. de; SOUZA, R. R. de; ALMEIDA, R. R. de. "Eu escrevo o quê, professor (a)?": notas sobre os sentidos da classificação racial (auto e hetero) em políticas de ações afirmativas. *Revista de Antropologia*, v. 63, n. 3, 2020.

MITCHELL, M.; MCCLEAN, S. Pregnancy, Risk Perception and Use of Complementary and Alternative Medicine. *Health, Risk & Society*, v. 16, n. 1, p. 101–116, 2014.

MORÁN FAÚNDES, J. M. La Valoración de La Vida, La Subjetivación Del Embrión y El Debate Sobre El Aborto: Aportes Desde Una Perspectiva Crítica. *Acta bioethica*, v. 20, n. 2, p. 151–157, 2014.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 885–904, 2015.

NEVES, E. *Antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco*. São Luís: EDUFMA, 2008.

NUCCI, M. F. et al. A arte de "auxiliar" e "corrigir" a natureza: os debates obstétricos sobre intervenção, indução e condução do parto em meados do século XX. Em: *Medicalização do parto: saberes e práticas*. Saúde em debate. São Paulo: Hucitec, 2021.

NUCCI, M. F.; SILVA, F. L.; NAKANO, A. R. Puxando os fios do emaranhado pré-natal: gênero, biomedicina e a biopolítica da maternidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 9, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000908003&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 18 maio. 2023.

OLIVEIRA, S. M. L. P. *Por um recorte genealógico da categoria violência obstétrica*. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Glossário de termos do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5: Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.* ONU BR, 2016.

ORO, A. P.; BRANDALISE, C. *A latinidade da América Latina:* enfoques socioantropológicos. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

PALETTA, G. C.; NUCCI, M. F.; MANICA, D. T. Aplicativos de monitoramento do ciclo menstrual e da gravidez: corpo, gênero, saúde e tecnologias da informação. *Cadernos Pagu*, n. 59, 2020.

PIMENTEL, C. et al. Autonomia, risco e sexualidade. A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. *REALIS*, v. 4, n. 1, 2014.

POLIVANOV, B. Etnografia virtual, netnografia ou apenas etnografia? Implicações dos conceitos. *Esferas*, v. 2, n. 3, 2013.

POTVIN, J. *Biopolitics, risk, and reproductive justice: The governing of maternal health in Canada's Muskoka Initiative*. 2018. Tese (Women's Studies and Feminist Research) The University of Western Ontario, 2018.

_____. Mobilizing Motherhood: The Use of Maternal Myths in Popular Development Discourse. *Global Justice : Theory Practice Rhetoric*, v. 8, n. 1, 2015. Disponível em: <https://www.theglobaljusticenetwork.org/index.php/gjn/article/view/57>. Acesso em: 20 jan. 2023.

PRENTICE, R. Ethnographic Approaches to Health and Development Research: the Contributions of Anthropology. Em: BOURGEAULT, Ivy; DINGWALL Robert; DE VRIES, Raymond (eds.) *The SAGE Handbook Qualitative Methods Health Research (online)*. London: SAGE Publications Ltd, 2012.

QUENTAL, P. D. A. A latinidade do conceito de América Latina. *GEOgraphia*, v. 14, n. 27, 2013.

RABELLO, L. S. Estudo comparado Brasil e Canadá. Em: *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada*. [s.l.] SciELO Books - Editora FIOCRUZ, 2010.

RATTNER, D. et al. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, v. 4, n. 4, p. 215–228, 2010.

REZENDE, C. B. Um estado emotivo: representação da gravidez na mídia. *Cadernos Pagu*, n. 36, p. 315–344, 2011.

_____. Em torno da ansiedade: subjetividade, mudança e gravidez. *Interseções*, v. 14, n. 2, p. 438–454, 2012.

_____. Histórias de parto e a ultrassonografia como marco narrativo no Rio de Janeiro. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, n. 27, p. 7–24, 2017.

ROBLES, A. F. Da gravidez de "risco" às "maternidades de risco". Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 139–169, 2015a.

_____. Regulações do corpo e da parentalidade durante o pré-natal em mulheres jovens de camadas populares. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, v. 15, n. 2, p. 190, 2015b.

ROSADO-NUNES, M. J. O tema do aborto na Igreja Católica: divergências silenciadas. *Ciência e Cultura*, v. 64, n. 2, p. 23–31, 2012.

ROSE, N. *A política da própria vida:* biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

ROTHMAN, B. K. Pregnancy, Birth and Risk: An Introduction. *Health, Risk & Society*, v. 16, n. 1, p. 1–6, 2014.

RUDRUM, S. Pregnancy and Birth in the Global South: A Review of Critical Approaches to Sociocultural Risk Illustrated with Fieldwork Data from Northern Uganda. *Health, Risk & Society*, v. 19, n. 1–2, p. 1–18, 2017.

RUHL, L. Liberal Governance and Prenatal Care: Risk and Regulation in Pregnancy. *Economy and Society*, v. 28, n. 1, p. 95–117, 1999.

RUSSO, J. et al. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. *Mana*, v. 25, n. 2, p. 519–550, ago. 2019.

SAID, E. W. *Orientalism*. New York: Vintage Books, 2003.

SALES, F. R. *Judicialização da política sanitária e a atuação do Supremo Tribunal Federal*. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2022/Judicializa%C3%A7%C3%A3o-da-pol%C3%ADtica-sanit%C3%A1ria-e-a-atua%C3%A7%C3%A3o-do-Supremo-Tribunal-Federal>. Acesso em: 9 out. 2022.

SCAMELL, M. The Swan Effect in Midwifery Talk and Practice: A Tension between Normality and the Language of Risk. *Sociology of Health & Illness*, v. 33, n. 7, p. 987–1001, 2011.

SCAMELL, M.; ALASZEWSKI, A. Fateful Moments and the Categorisation of Risk: Midwifery Practice and the Ever-Narrowing Window of Normality during Childbirth. *Health, Risk & Society*, v. 14, n. 2, p. 207–221, 2012.

SCAMELL, M.; STEWART, M. Time, Risk and Midwife Practice: The Vaginal Examination. *Health, Risk & Society*, v. 16, n. 1, p. 84–100, 2014.

SCIME, N. V. et al. National Analysis of Risk Assessment Content in Prenatal Records Across Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, v. 48, n. 5, p. 507–515, 2019.

SEGATA, J. Covid-19: escalas da pandemia e escalas da antropologia. *Boletim Cientistas Sociais e o Coronavírus*, v. 2, 2020a. Disponível em: <http://anpocs.com/images/stories/boletim/boletim_CS/Boletim_n2.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2022.

_____. Covid-19, biossegurança e antropologia. *Horizontes Antropológicos [online]*, v. 26, n. 57, p. 275–313, 2020b.

SILVA, F. L. *Sobre a "porta que abre por dentro":* análise cultural do processo de formação de doulas para a assistência ao parto no Brasil. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, F. et al. "Parto ideal": medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 3, p. 171–184, 2019.

SILVA, F. L.; RUSSO, J.; NUCCI, M. Gravidez, parto e puerpério na pandemia: os múltiplos sentidos do risco. *Horizontes Antropológicos [online]*, v. 27, n. 59, p. 245–265, 2021.

SOUZA, L. R. de O. *Mortalidade em gestantes por influenza A(H1N1)pdm09 no Brasil nos anos de 2009 e 2010*. 2013. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical). Universidade de Brasília, 2013.

STENGEL, C. The Risk of Being ‘Too Honest’: Drug Use, Stigma and Pregnancy. *Health, Risk & Society*, v. 16, n. 1, p. 36–50, 2014.

STORENG, K. T.; BÉHAGUE, D. P. “Guilty until Proven Innocent”: The Contested Use of Maternal Mortality Indicators in Global Health. *Critical Public Health*, v. 27, n. 2, p. 163–176, 2017.

THE LANCET. COVID-19 in Brazil: “So what?”. *The Lancet*, v. 395, n. 10235, p. 1461, 2020.

TOGNI, P. *A Europa é o Cacém. Mobilidades, gênero e sexualidade nos deslocamentos de jovens brasileiros para Portugal*. 2014. Tese (Doutorado em Antropologia). Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2014.

TORNQUIST, C. S. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. 2004. Tese (Doutorado em Antropologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis, SC, 2004.

TUCKER, C. M. *Coffee culture:* local experiences, global connections. New York: Taylor & Francis, 2011.

UNITED NATIONS. *The Millennium Development Goals Report 2013. Goal 5: Improve maternal health.* UN Department of Public Information, 2013. Disponível em: <https://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Goal_5_fs.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.

VAN DER SIJPT, E. Hiding or Hospitalising? On Dilemmas of Pregnancy Management in East Cameroon. *Anthropology & Medicine*, v. 20, n. 3, p. 288–298, 2013.

VELHO, G. *Individualismo e cultura:* notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

VENTURA, M. *Direitos reprodutivos no Brasil*. 3a. ed. Brasília, DF: UNFPA, 2009.

WEIR, L. Recent Developments in the Government of Pregnancy. *Economy and Society*, v. 25, n. 3, p. 373–392, 1996.

_____. *Pregnancy, Risk and Biopolitics*. London: Routledge, 2006.

WINICK, M. Caffeine and Reproduction. Em: *Caffeine*. Boca Raton, Florida: CRC Press, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. *Lancet*, v. 2, n. 8452, p. 436–7, 1985.

_____. Maternal mortality: Helping women off the road to death. *WHO Chronicle*, v. 40, n. 5, p. 175–183, 1986.

_____. *Care in Normal Birth: a practical guide*. [s.l.] World Health Organization, 1996.

_____. *Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação:* a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. [s.l.] World Health Organization, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP-Trad05pt.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2022.

_____. *WHO handbook for guideline development*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2014a.

_____. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. [s.l.] World Health Organization, 2014b.

_____. *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: World Health Organization, 2016.

_____. *WHO recommendations:* intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018a.

_____. *WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*. Geneva: World Health Organization, 2018b.

APÊNDICE A – Carta e Termo de Consentimento

UNIVERSITY OF TORONTO
DALLA LANA SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DA PARTICIPANTE DO ESTUDO

Título de estudo

Recomendações da OMS e experiências cotidianas no Brasil e no Canadá: estudo multi-situado das noções de risco para a gestão das gravidezes e nascimentos.

Investigadora principal

Fernanda Loureiro Silva

Sobre o estudo

Este estudo é parte da pesquisa de Doutorado em Saúde Coletiva desenvolvida pela pesquisadora principal, Fernanda Loureiro Silva. O estudo está sendo realizado sob a supervisão das professoras Dra. Jane Russo (Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro) e Dra. Denise Gastaldo (Dalla Lana School of Public Health/ University of Toronto).

Participação no estudo

Para participar do estudo, você deve preencher todos os seguintes critérios:

- ✓ Você deve estar grávida ou ter tido filho recentemente no Canadá (até 2 anos).
- ✓ Você deve ser brasileira e maior de 18 anos.
- ✓ Você deve estar morando em Toronto ou GTA.
- ✓ Você deve ser cidadã ou residente permanente ou residente temporária no Canadá.
- ✓ Você tem que ter tido contato com os sistemas de saúde brasileiro (público, suplementar ou privado) antes da mudança para o Canadá.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Você não precisa participar da investigação se não quiser.

Antes de concordar em participar, você deve compreender todas as informações incluídas neste documento. Se você tiver alguma dúvida, por favor me avise, e terei prazer em responder suas perguntas.

Sobre sua participação

Nesta pesquisa, você será entrevistada pela pesquisadora principal durante a gravidez e após o nascimento.

- Se você está grávida, participará de uma ou duas entrevistas durante a gravidez e uma entrevista após o parto.
- Se você teve filho recentemente, participará de apenas duas entrevistas.
- Essas entrevistas serão agendadas de acordo com sua disponibilidade.
- Cada entrevista durará aproximadamente uma hora e meia.
- As entrevistas podem ser realizadas em português ou inglês, conforme sua preferência.
- As entrevistas serão feitas preferencialmente por meio de um método online, como o sistema Zoom.
- A pesquisadora principal poderá gravar as entrevistas mediante seu consentimento.

Os objetivos dessas entrevistas são conhecer os "caminhos" que você percorreu (ou está percorrendo) durante a gravidez até o nascimento e compreender as diferentes noções de risco que aparecem durante o pré-natal e a assistência ao parto. Queremos saber como essas noções se articulam à sua experiência de gravidez e como elas influenciam na definição da forma de nascimento.

Riscos de sua participação

- A participação neste estudo não causará nenhum dano conhecido a você ou a outras pessoas.
- No entanto, enquanto participa do estudo, você pode sentir emoções inesperadas, desconforto ou constrangimento, pois falaremos sobre aspectos de sua vida pessoal.
- Você pode se recusar a responder qualquer pergunta que considere difícil, desagradável ou por qualquer outro motivo, sem explicar sua decisão.
- Você é livre para retirar-se do estudo. Você tem o direito de desistir de participar e retirar seu consentimento sem qualquer consequência para você.
- Se você tiver problemas emocionais ou se referir a preocupações com a saúde durante as entrevistas, a pesquisadora principal pode ajudá-la a encontrar recursos para resolver esses problemas, incluindo uma lista de centros de saúde comunitários e hospitais que oferecem serviços de saúde para mulheres.

Uso de suas informações se você decidir sair do estudo

- Você tem até duas semanas após a última entrevista para se retirar do projeto, se assim você decidir. Você deve comunicar sua decisão à pesquisadora principal dentro deste tempo para que seus dados sejam excluídos do estudo.
- Você nos dirá se deseja ou não que as informações que você compartilhou até aquele ponto sejam destruídas.
- Você entende que, após duas semanas do término de sua participação, a pesquisadora principal incluirá na análise todas as informações que você compartilhou. Portanto, essas informações não serão passíveis de destruição.

Benefícios da sua participação

Você não se beneficiará diretamente deste estudo. No entanto, ao compartilhar suas histórias você nos ajudará a entender melhor como são as experiências de gravidez e parto no século XXI. O relato da sua experiência pode ser um recurso relevante para promover reflexões sobre a saúde das mulheres e, principalmente, apoiar avanços nas políticas de saúde e mudanças na assistência obstétrica de modo que melhore efetivamente a qualidade do cuidado.

Confidencialidade

- A pesquisadora principal tratará todas as informações que você compartilhar como confidenciais.
- A pesquisadora nunca revelará sua identidade.
- A pesquisadora apresentará os resultados consolidados sem identificar as participantes e outras pessoas direta ou indiretamente envolvidas.
- As histórias e experiências que você decidir compartilhar serão modificadas o suficiente de modo a ocultar sua identidade.
- Neste estudo, seu nome será alterado para um apelido de sua escolha.
- A pesquisadora omitirá todas as informações que possam torná-la identificável.
- A pesquisadora armazenará todos os dados coletados durante este estudo de forma segura (computador protegido por senha e criptografado).
- A pesquisadora destruirá todos os dados coletados cinco anos após o término do estudo.

Compensação

- Você não receberá nenhuma compensação financeira ou material pela participação no estudo.
- Não há nenhum custo para você participar do estudo.
- Consideramos também que você não tenha despesas relacionadas à sua participação. Se isso ocorrer, a pesquisadora a reembolsará por essas despesas de pesquisa.

Um resumo dos seus direitos

Sendo sua participação neste estudo voluntária, você tem o direito de:

- ter todas as suas perguntas respondidas pela pesquisadora antes de decidir participar,
- escolher não responder as perguntas,
- retirar-se do estudo, se assim desejar, sem precisar apresentar qualquer motivo ou explicações,
- ter este formulário lido em voz alta para você,
- para pedir uma cópia impressa deste formulário de consentimento para seu registro,
- entrar em contato a qualquer momento com a pesquisadora principal ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Toronto para fazer perguntas adicionais ou relatar qualquer coisa pertinente ao estudo que você considere relevante.

Informações de Contato

Se você tiver alguma dúvida relacionada ao estudo, sua participação, seus direitos ou se quiser relatar algo que considere relevante, entre em contato com a pesquisadora principal ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Toronto através do telefone e e-mail abaixo:

University of Toronto
Research Ethics Board
T: 416-946-3273
Email: ethics.review@utoronto.ca

Fernanda Loureiro Silva
Pesquisadora Principal
T: 647-575-4607
Email: fernanda.silva@mail.utoronto.ca

Dr Denise Gastaldo
Supervisora da Pesquisa
Dalla Lana School of Public Health,
University of Toronto
155, College Street
Toronto, M5T 3M7, Canada
T: 416-978-4953
Email: denise.gastaldo@utoronto.ca

Consentimento informado para participação no estudo

Eu li este formulário de consentimento. Estou satisfeito com as respostas a todas as minhas perguntas sobre este estudo. Compreendo perfeitamente os objetivos, riscos e benefícios da minha participação e estou ciente dos meus direitos de participar neste estudo. Recebi uma cópia deste formulário de consentimento.

Eu concordo em participar deste estudo. ☐
Iniciais

Eu entendo e concordo que as entrevistas sejam gravadas. ☐
Iniciais

_____	_____	_____
Apelido escolhido pelo participante	Assinatura	Data

Confirmo que li este formulário de consentimento em voz alta para o participante mencionado acima e respondi a todas as suas perguntas.

_____	_____	_____
Fernanda Loureiro Silva Pesquisadora Principal	Assinatura	Data

Este estudo está sendo financiado pela *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (Fundação CAPES) do Brasil.

APÊNDICE B – Formulário de informações sociodemográficas

Apelido:

Idade:

Região de Origem no Brasil:

1. Neste momento, você está:

( ) Grávida no 1º trimestre (até 12 semanas de gestação)

( ) Grávida no 2º trimestre (entre 13 e 26 semanas de gestação)

( ) Grávida no 3º trimestre (mais de 27 semanas de gestação)

( ) Não estou grávida (bebê já nasceu)

2. Há quanto tempo você está vivendo no Canadá?

( ) Menos de um ano

( ) Entre 1 e 5 anos

( ) Entre 5 e 10 anos

( ) Mais de dez anos

3. Qual é o seu status migratório no Canadá?

( ) Cidadã Canadense

( ) Residente Permanente

( ) Residente Temporária (visto de estudo ou trabalho)

4. Você faz acompanhamento pré-natal? (ou fez)

( ) SIM

( ) NÃO

5. Durante a gravidez, você está sendo (ou foi) acompanhada por quais profissionais de saúde?

6. Indique que tipo de serviço de saúde você está fazendo (ou fez) o acompanhamento pré-natal.

( ) Público (todos os serviços cobertos pelo sistema de saúde provincial)

( ) Privado (todos os serviços cobertos por seguro saúde privado/“plano de saúde estendido”)

( ) Particular (você paga todos os serviços diretamente aos profissionais e clínicas)

( ) Mais de um tipo de serviço (alguns serviços cobertos pelo sistema de saúde provincial e outros pagos particular e/ou pelo seguro saúde)

( ) Não se aplica (se você escolheu "não" na questão 4)

7. Além deste, você tem outros filhos(as)? Qual a idade e local de nascimento?

8. Como você se identifica em termos de cor ou raça/etnia?

9. Como você define sua orientação sexual?

10. Qual é o seu nível de formação? (Escolaridade)

11. Você exerce alguma profissão/ocupação remunerada atualmente?

( ) SIM

( ) NÃO

12. Qual é a sua profissão/ocupação atual?

13. Você tem parceiro/a? (Moram na mesma casa)

( ) SIM

( ) NÃO

14. Qual é a sua renda familiar? (Valor anual em CAD)

( ) Até 50 mil

( ) Entre 50 e 100 mil

( ) Mais de 100 mil

APÊNDICE C – Roteiro para entrevistas no Canadá: Gravidez

1. Esta gravidez foi planejada?
2. Como você descobriu que estava grávida?
3. O que você sentiu e fez quando soube da gravidez?
4. Você tem outros filhos? Quantos?
    a. Fale um pouco sobre como foi(foram) a(s) sua(s) experiência(s) anterior(es) de gravidez e no nascimento do(s) seu(s) outro(s) filho(s)
5. Você possui (ou possuía) algum cuidado específico em relação à gravidez? Se sim, como é (ou era) esse cuidado?
6. Tem alguma coisa que você fazia antes e que deixou de fazer depois que descobriu que estava grávida? Por quê?
7. Você busca (ou buscou) se informar sobre a gravidez e as vias/formas de nascimento? (Como/onde/quando)
8. Você está fazendo (ou fez) o acompanhamento da gravidez?
    a. Como/com quem/onde? Por quê?
    b. Como está sendo essa experiência? (Periodicidade / Tempo / Nível de Satisfação)
9. Você já fez algum exame pré-natal?
    a. Qual/is?
    b. Como foi/foram essa/s experiência/s?
    c. Qual é, do seu ponto de vista, a importância desses exames?
    d. Tem algum exame que você gostaria de fazer (ou de ter feito)? Por quê?
    e. E tem algum que você não gostaria de fazer (ou de ter feito)? Por quê?
10. Você tem (ou fez) um planejamento para o nascimento do bebê?
    a. Se não, por quê?
    b. Se sim, pode falar um pouco sobre o que planejou?
        i. Onde você planeja/gostaria de ter o bebê
        ii. Que tipo de assistência você gostaria de receber (Acompanhantes/Intervenções desejadas e não desejadas)
        iii. Como compara esse tipo de assistência com outras que existem
        iv. Você vê (ou existia) algum obstáculo/dificuldade para realizar esse plano? Qual?

v. Houve alguma alteração no seu planejamento desde o início da gravidez? Qual e por quê?
vi. Uma situação econômica ou social diferente (por exemplo, estar no Brasil ou ter mais dinheiro ou rede de apoio) te faria mudar de preferência? Por quê?

11. Você tem (ou teve) algum medo/insegurança em relação à gravidez e/ou nascimento do bebê? Qual?
12. Você se percebe (ou se percebia) em risco pelo fato de estar grávida? Quais seriam esses riscos?
13. Fale um pouco sobre como é (ou foi) estar grávida durante uma pandemia:
    a. Como isso impacta (ou impactou) a sua experiência?
    b. Você se considera (ou se considerava) parte de um grupo de risco durante essa pandemia?
    c. Você se sente “mais em risco” do que outras pessoas por estar grávida durante uma pandemia? Quais seriam esses riscos?
14. Qual sua opinião sobre os modelos de cuidado pré-natal e de assistência obstétrica oferecidos no Canada?
15. Existe algum outro ponto sobre a sua experiência de gravidez que você gostaria de falar?

APÊNDICE D – Roteiro para entrevistas no Canadá: Nascimento

1. Conte como foi o nascimento do bebê.
2. Você foi informada sobre as diferentes opções de assistência ao parto? E sobre as vantagens e desvantagens, benefícios e riscos de cada tipo de assistência?
    a. De que maneira isso aconteceu (quando, onde e por qual fonte)?
3. Você fez/podia fazer perguntas?
    a. Como era a comunicação/ se sentia confortável com isso?
4. Você podia discutir suas preocupações com os profissionais que te atenderam?
    a. Como isso acontecia?
5. Você entendia as informações que te passavam? Alguém te ajudava a entendê-las?
6. Você considera que teve tempo suficiente para pensar sobre as diferentes opções de cuidados?
7. Você participou das decisões durante a gravidez? E durante o parto?
    a. De que maneira isso acontecia?
8. Você considera que suas preferências foram aceitas/acatadas?
    a. Os profissionais que te atenderam respeitavam as suas escolhas?
9. Como você se sentia em relação ao que te era oferecido/recomendado (as opções de cuidados)?
    a. Você se sentia pressionada a aceitar o que era sugerido? Por quê?
10. Como foi a sua experiência?
    a. Como você foi tratada pelos profissionais que te atenderam durante a gravidez e o parto? Você considera que foi bem ou maltratada na assistência que recebeu?
    b. O que você considera que possa ter influenciado nesse tratamento? Como?
11. Qual foi a sua motivação para participar dessa pesquisa?
12. Existe algum outro ponto que você gostaria de falar?

APÊNDICE E – A história de L.: uma “gestação delicada”

L. tem 35 anos, é do Nordeste e se autodeclara “latina”; ela é casada e tem uma única filha que no dia da primeira entrevista estava completando 20 meses. L. graduou-se em Fisioterapia, fez residência e doutorado no Brasil e mudou-se para o Canadá há 8 anos, onde fez pós-doutorado. Atualmente, ela é cidadã canadense e trabalha como gerente de pesquisa em um hospital universitário na cidade de Toronto. Durante a entrevista, L. relata que a sua gravidez foi “delicada”, tendo sido acompanhada por diversos profissionais de saúde. Nessa trajetória, inicialmente, ela foi encaminhada por sua médica de família para uma “clínica de fertilidade”, onde fez “tratamento para engravidar” e iniciou o acompanhamento pré-natal. Depois, continuou o pré-natal com uma médica obstetra no hospital onde trabalha e contratou os serviços de uma doula. Posteriormente, por volta da 24ª semana de gestação, sentindo necessidade de mudar o padrão de cuidado pré-natal que vinha recebendo, passou a ser assistida também por midwives. Por fim, a gestação da filha de L. teve uma “interrogação de risco” e, em virtude disso, o pré-natal seguiu com as midwives, mas também foi acompanhado pela obstetra até o final da gravidez. Por causa da pandemia, L. se sentiu impelida a planejar um parto domiciliar. Mas, depois de passar 39 horas em trabalho de parto em casa, ela foi para o hospital, onde sua filha nasceu em uma “cesárea de emergência”.

A gestação da filha de L. foi “super planejada, super querida e super tentada”. L. conta que ela e o marido passaram quase dois anos tentando engravidar. Nos seis primeiros meses, estavam meio que “se vier, veio”, mas depois passaram mais de um ano “tentando ativamente”. Inicialmente, L. não pensava em recorrer a um “tratamento de fertilidade”, porque achava que era somente “quando a pessoa já queria tentar de tudo”. Ademais, L. não se sentia confortável com a ideia de ter que tomar hormônios e fazer fertilização *in vitro*; ela tinha medo de passar pelo procedimento por causa do histórico de câncer de mama de sua mãe.

Passado o período inicial de “tentativas”, L. conversou sobre a demora para engravidar com sua médica de família, que a encaminhou para uma “clínica de fertilidade” argumentando que ela e o marido receberiam orientações e passariam por exames complementares para investigar o caso; e assim eles fizeram. Após passarem por uma “bateria de exames”, o “médico de fertilidade” concluiu que, apesar do tempo que eles vinham tentando, a “dificuldade de engravidar era pequena” e, considerando o fator idade (“ainda eram jovens”), eles teriam grandes possibilidades de engravidar. A partir daí, L. iniciou um “tratamento de

indução hormonal de ovulação associado ao *timed intercourse*", isto é, após receber injeções de hormônios que promovem o desenvolvimento e liberação dos "óvulos", ela ficava sendo acompanhada por meio de exames de ultrassom para saber quando a ovulação iria acontecer e, assim, "ter relação sexual neste final de semana, ou neste dia, ou nesta semana, por exemplo". No quarto ciclo de indução hormonal, L. engravidou.

No dia que soube que estava grávida, L. ia encontrar um grupo de amigas brasileiras, algumas das quais já sabiam que ela estava tentando engravidar. Na hora que ela estava saindo do seu escritório no hospital para encontrá-las, recebeu uma ligação da clínica de fertilidade dizendo que eles tinham "*good news*":

> *"Aí, ela disse: 'Você está grávida!'. Aí eu perguntei: 'Você tem certeza absoluta, né? Eu posso comemorar?' e aí ela disse: 'Pode, pode comemorar, você está grávida!'. Aí eu falei 'Nossa, Jesus, meu Deus!', porque passa aquele misto de um monte de emoção, né? E aí eu queria ligar para minha mãe, mas eu não queria dizer para ela à distância. Primeiro, porque eu não sabia se ia vingar e, segundo, porque eu queria contar de uma forma mais especial e queria ligar para o meu marido primeiro. [...] aí eu fiquei morta de feliz, mas com um misto de medo, porque à medida que a mulher falou que estava tudo bem, que estava grávida, ela falou que eu teria que voltar lá depois de dois dias, dia-sim-dia-não, para fazer o exame para saber se os meus hormônios estavam subindo, porque se eles não estivessem subindo significaria que a gravidez não estava progredindo. Aí, tipo assim, a gente, você fica com aquele misto de 'Poxa, e se eu for depois de amanhã e não subir?'".*

L. conta que, por causa do "tratamento para engravidar" e do monitoramento do início da gravidez para saber se "os hormônios estavam subindo", as pessoas falavam para ela não comemorar e não anunciar publicamente a gravidez, pelo risco de "não vingar" – afinal, não era "*take for granted"* de que daquela gravidez nasceria um bebê. De acordo com o protocolo do tratamento de clínica de fertilidade onde ela fazia o acompanhamento, a partir da 6ª semana, L. iniciaria um monitoramento da gestação por meio de ultrassons semanais e continuaria a aplicação de hormônio até a décima segunda semana de gestação. Ela conta que durante esse período se sentia "o tempo inteiro com aquela cruz na cabeça" porque o "médico de fertilidade" que, em suas palavras, era muito "realista", falava para ela: *"Não comemore, não comemore, porque você não sabe [...] as probabilidades de perdas gestacionais são altas, então eu não quero que você crie altas expectativas".*

L. associava as emoções e incertezas de quem, assim como ela, teve algum nível de dificuldade para conseguir engravidar com as experiências de quem passou por perdas

gestacionais, um sentimento relacionado à possibilidade de a gestação não acontecer ou não evoluir – o risco do "não bebê":

> *"É tanto que eu só contei para as minhas amigas mais distantes, para as pessoas que não me viam, eu só contei quando estava com 20 semanas, que foi quando o médico disse que estava tudo bem, que o risco era mínimo. A gente só postou a primeira foto no Instagram, eu acho, quando a gente estava com 35 semanas [...]. Então, assim, foi algo que... é um sentimento que só experimenta quem teve perdas ou passou muito tempo para conseguir engravidar. Porque você engravida e é meio que take for granted, sabe? É meio que assumido que a gravidez vai progredir e que vai dar tudo certo, né? [...] Eu vejo algumas amigas minhas, por exemplo, que engravidaram e que estão com quatro semanas e estão postando no Instagram, estão postando no Facebook, eu digo 'Meu Deus! Deus permita que dê tudo certo e passa adiante' [hipótese], porque eu fico na dúvida e o meu questionamento é, de duas uma, ou elas têm uma fé absoluta, que eu não tenho, ou é uma inocência enorme que estão dispostas a dar a cara a tapa. E se não der certo? Sabe? Porque, de novo, só quem passa pelo processo de tentar tanto tempo e não conseguir ou de perder o bebê, é que sabe o quão complicado é expor a sua vida em relação a isso sem ter certeza absoluta de que porque engravidou, vai vingar, vai dar tudo bem. Porque nem sempre é, né? [...] Mas assim, era uma semana de comemoração por vez, sabe assim? Nossa, foi muito difícil. Eu lembro que quando eu cheguei nas 20 semanas, que é quando eles examinam todas as medidas, aquele anatômico que eles veem tudo, eu disse assim: pronto, eu acho que agora eu já posso voltar a respirar."*

Até a 12ª semana de gravidez, o acompanhamento pré-natal foi realizado pelo médico da clínica de fertilidade. Nesse período, L. falou com ele que estava cogitando a possibilidade de continuar o pré-natal com uma midwife, o que foi prontamente rejeitado pelo médico: *"'De jeito nenhum, de jeito nenhum! Você é uma gestação delicada. Você está super saudável, mas eu quero que você tenha a melhor assistência possível, então você vai para um obstetra",* ele teria dito para ela. L. foi, então, referenciada para uma médica obstetra que atendia no mesmo hospital onde ela trabalha. Ela descreve, a partir da dupla posição de funcionária-paciente, o que seria uma típica consulta pré-natal em hospitais universitários, bem como o tipo de atendimento que desejava receber:

> *"[A médica obstetra] é ótima, muito boa mesmo. Então, eu tive uma boa experiência com ela. Mas o [Hospital] é um hospital universitário e, como todo hospital universitário, tem residente, tem fellow, né? Então assim, normalmente, quando eu chegava para o atendimento*

> *com ela, eu via a enfermeira, que me pesava e me media, fazia perguntas sobre o que é que tinha mudado e etc. E aí eu ia para a sala. Aí vinha um fellow. Normalmente é um fellow ou um residente. É... vinha na sala e perguntava como é que estava. E todos eram superbons, sabe assim. Mas vinham na sala, me perguntavam como é que eu estava, o que estava acontecendo e blá blá blá. E aí, por último, vinha a obstetra. E aí eu pensei: gente, já trabalhei tanto tempo em hospital universitário, e isso não dá pra mim, não tenho condições, eu preciso ter um tipo de atendimento em que eu veja a pessoa que vai cuidar de mim por mais do que 15 minutos."*

Mesmo insatisfeita com o padrão da assistência, L. seguiu o acompanhamento pré-natal com a médica obstetra até, mais ou menos, a vigésima semana de gravidez, quando resolveu dizer que "não tinha mais condições, que precisava mudar para uma midwife":

> *"Eu disse para a médica: 'Olha, eu adoro você, mas duas coisas me incomodam. Primeiro, eu queria que os atendimentos demorassem mais e eu entendo que a dinâmica é diferente, mas, para mim, precisava demorar mais. E outra coisa, pra mim é muito complicado essa história de você ser minha médica, mas, quando eu entrar em trabalho de parto e vier para parir, vai ser o médico do plantão. Para mim, isso é muito difícil, não dá'."*

L. relata que a obstetra foi muito compreensiva e teria concordado com a mudança. Mas, antes de encaminhá-la para a midwife, a médica a transferiu para um "*high-risk doctor*" por causa de um exame de ultrassom que ela tinha feito algumas semanas antes, no qual a médica tinha "visto uma área que era condizente com uma hemorragia no sistema gastrointestinal da [filha]":

> *"Ela disse: 'Olha, eu acredito que não seja nada. Mas, por via das dúvidas, eu prefiro pedir uma série de exames pra você. E aí, ao invés de te transferir para a midwife, eu vou lhe transferir para um high-risk doctor' [...] ela fez o encaminhamento para uma série de exames, inclusive um monte de exame genético. E aí, foi depois dessa que eu decidi que não ia mais pesquisar nada, porque nessa de exame genético, quando ela colocou as interrogações, eu lembro que eu vi na guia, né? Eu disse para ela: 'Mas, assim, o que você está em dúvida? O que que é sugestivo isso?'. Ela disse: 'Olha, pode não ser nada. Pode ser que aquele sangramento que você teve com nove semanas a sua bebê engoliu e aí isso fica transluzente no ultrassom. E aí eu estou vendo isso agora. Então assim, vai sair no cocô e está tudo bem. Pode ser que não seja nada. Mas pode ser que seja síndrome de down e pode ser que seja...' Meu Deus, como é o nome? É uma*

> *doença pulmonar terrível. '...Fibrose cística'. Aí eu disse: 'Oi?!'. Ela disse: 'Eu acho pouco provável, porque seu marido não é canadense e você não é canadense e tal. As estatísticas são daqui, mas eu preciso investigar para ter certeza'. Nossa, isso para mim foi terrível [...]. Entre Natal e Ano Novo, eu recebi a informação de que não era fibrose cística. Ela ainda não sabia o que era, mas não era fibrose cística e não era síndrome de down. Aí, tipo assim, é um misto de alegria e preocupação, né? Tipo, e o que é? Não deve ser nada. Aí ela me mandou para uma médica de alto risco."*

Na consulta com a "médica de alto risco", L. passou por novo e demorado exame de ultrassom, após o qual a médica constatou que a "outra visão" não era sugestivo de nada preocupante. Mas, ao fazer a "alta para midwife", a médica ressaltou a importância do retorno de L. em algumas semanas para realizar outros exames de ultrassom, para se assegurar do desenvolvimento apropriado da filha:

> *"Ela me atendeu no início de janeiro e aí fez um ultrassom super demorado. Aí ela me mostrou todos os detalhes e disse: 'Minha filha, sua filha é extremamente saudável, não tem nada do que eu possa desconfiar aqui, nada. O que eu acho que deve ter acontecido foi que o técnico, na hora do ultrassom, viu uma outra visão e isso ficou na imagem. E, ficou sugestivo de algo que ela preferiu investigar. Mas não tem nada, seus exames não são sugestivos de nada preocupante. Então, eu vou fazer a sua alta para midwife, mas eu vou fazer o seguinte: eu quero que você venha fazer ultrassom com 28 e com 32 semanas, to be safe. Primeiro, porque eu quero ver se está tudo bem com isso. Segundo, porque eu quero ver se a sua filha está crescendo'. Isso porque de 18 a 24 semanas eu não engordei nenhum grama e aí ela ficou louca, porque ela dizia que eu precisava ter engordado, embora a [filha] tivesse crescido. No ultrassom, estava óbvio que ela cresceu. Mas ela queria ter certeza de que ela ia continuar crescendo com 28 e com 32 semanas."*

De forma geral, L. conta que gostou muito da mudança no "padrão de cuidado" que passou a ter com as midwives, ressaltando as diferenças no tempo das consultas, no modo como era examinada e como as informações eram transmitidas, no ambiente, que não tinha "aquele ar de hospital", bem como para a "humanização" e "pessoalidade" do atendimento:

> *"Então assim, aí mudei o padrão de cuidado. Aí eu tinha um atendimento de uma hora, com uma pessoa, né, que conversava, que explicava todos os detalhes, que respondia tudo. Eu disse: 'Pronto, era isso o que eu precisava'. De alguém, assim, mais humanizado, que não te fala: 'Ok, tem mais alguma pergunta?'. Não, é tipo assim:*

> *'Olha, está tudo bem'. E é numa casa, é mais aconchegante, não tem aquele ar de hospital. Não era no hospital. E ela nunca me pesou. Ela fazia o acompanhamento dela por medida, pra ver quanto a minha barriga cresceu. Fazia ausculta, usava o Doppler, enfim. Foi bem mais pessoal o atendimento. E aí eu fiquei com ela até o final da gestação. E os atendimentos foram ótimos até as minhas 32 semanas, quando começou o COVID."*

Ao longo da gravidez, L. fez diversos exames de ultrassom, bem mais do que normalmente é preconizado nos protocolos canadenses para o pré-natal. Além dos ultrassons adicionais, por causa da história do possível sangramento, L. também passou por um "screening genético mais avançado", que só é requisitado em determinadas situações, porque a médica queria "ter certeza de que estava tudo bem":

> *"Eu fiz, por exemplo, depois desse ultrassom de 20 semanas que ela achou um possível sangramento, eu fiz um screening genético que só é requisitado aqui e que só é pago pelo OHIP se você tiver história de doença genética na sua família ou se você tem acima de 40 anos, eu acho. Gravidez de alto risco e acima de 40 anos. Porque ele é um screening genético mais avançado. [...] Só que quando ela fez o ultrassom e viu que tinha esse possível sangramento, ela me pediu o avançado: 'Não, eu vou passar para você, porque eu quero ter certeza de que está tudo bem'."*

L. chegou a pensar na possibilidade de dizer que não queria fazer o exame, mas sabia que ficaria com a "pulga atrás da orelha" a gestação inteira sem saber se a filha teria ou não alguma alteração genética:

> *"E se eu não soubesse? Porque a verdade é que, assim, se eu tivesse sabido em algum momento, se eu soubesse em algum momento que, sei lá, ela tinha alguma alteração genética, eu não teria terminado a gestação. Eu tenho certeza disso. Então assim, eu lembro que o meu marido questionou e disse assim: 'Não é agoniante você saber de uma coisa dessas? Tipo, você sabe, você não vai fazer nada em relação a isso e aí tu fica sofrendo durante todos esses meses até lá'. E eu disse: 'Bom, pelo princípio do que eu acredito, primeiro, eu não ia conseguir ficar em paz de consciência, e segundo, eu prefiro saber e me preparar do que não saber. Então assim, eu não vou terminar a gestação, mas eu prefiro saber o que me espera do que de repente nascer uma criança que tem uma alteração, que precisa de uma série de cuidados da gente e que eu não me preparei psicologicamente para isso'. [...] Eu pensei de dizer não, porque você pode dizer que não*

> *quer. Mas eu fiquei com medo de dizer e arcar com as consequências disso para mim."*

L. considera que a realização de exames pré-natais era essencial, não só para se certificar do desenvolvimento adequado da filha, mas também para ter "aquele senso de realidade" e "ver a criança que está ali":

> *"Assim, não só para saber que estava tudo correndo bem, justamente por causa do histórico de demorar tanto para engravidar e ficar com aquele medo de será que tá tudo ok, mas também porque... Por exemplo, eu falo dos ultrassons. É o único momento em que você realmente tem de ver a criança que está ali, sabe? De ver o bebê e de acreditar que está tudo bem. Eu acho que até o momento que ela começou a se mexer e eu realmente comecei a sentir que ela se movia, era tudo muito surreal. Tipo, estou grávida? Tem uma criança aqui mesmo? Então, o fato de você fazer os exames te dá aquela certeza assim, não só de que está tudo bem, mas aquele senso de realidade, do tipo, tem um bebê aqui e eu estou vendo. [...] eu acho que você não cai muito na real até que você faça um ultrassom pra ver que é mesmo, que tem um bebê aqui. E aí, pra mim, a importância também é saber que está tudo progredindo bem, saber que está tudo certo."*

L. conta que, diferente de outras "brasileiras", não compartilha muito da ideia de que no Canadá se realiza poucos exames de ultrassom durante o pré-natal e que, a partir da experiência de passar por muitos exames, teria uma perspectiva distinta daquelas que não precisaram passar por isso:

> *"E é engraçado como é essa história no Brasil de a gente fazer muito ultrassom durante a gestação, tipo, uma vez por mês. Aqui é bem pouco, e aí eu escuto muito as brasileiras comentarem assim: 'Ai, eu queria ter feito muito mais ultrassons, porque...' e eu digo: 'Gente, você não queria, porque se você fizer muito significa que algo não vai bem, significa que algo não está legal'[...]. Eu acho que a gravidez é um momento saudável, sabe assim, que a pessoa está passando e tem que ser tratado como algo saudável e não vejo porque ter trocentos milhões de exames por mês, a não ser que precise. Então, assim, eu infelizmente passei pelo que precisava. Mas talvez porque eu passei por isso é que eu consigo ver o bright side de quem não precisou fazer tudo isso [...]. Eu acho que o Brasil é demais. Talvez fosse o meio termo. Eu acho que... O Canadá talvez seja de menos? Provavelmente. Mas assim, eu acho que nem 8 nem 80."*

Ainda assim, mesmo quando já estava sob os cuidados das midwives, que consideravam desnecessária a realização de mais exames de ultrassom naquela fase da gravidez, L. optou por fazer, porque não tinha nenhum "ultrassom" do final da gestação e já tinha o exame prescrito pela médica do alto-risco:

> *"Eu fiquei naquela dúvida. Na época, já estava no boom do COVID. Aí eu disse: 'Ah não, mas eu quero fazer porque eu não tenho nenhum ultrassom dela agora [...] eu quero fazer porque já está no final, já estou começando a sentir contração. Eu prefiro fazer agora do que não fazer'. Mas eu lembro que, assim, ela [a midwife] disse: 'Ah, mas pra quê vai fazer outro ultrassom, vai se expor de novo a isso? Você só faz se você quiser, você não precisa, você não é obrigada a fazer porque ela prescreveu' e eu disse: 'Ah, mas eu quero. Eu vou lá fazer. Já tenho a prescrição'."*

Em relação aos cuidados com a gravidez, quando soube que estava "tudo ok" com a gestação, L. decidiu também contratar os serviços de uma doula. A doula, que "nasceu em UK, mas tinha um background indiano", morou no Brasil por um tempo antes de mudar-se para o Canadá. Segundo L. a doula era "muito assim pra área ayurvédica" e a "guiou no aspecto do autocuidado", recomendando, entre outras coisas, que ela praticasse yoga. Ela conta que, antes da gravidez, tinha horror a esse tipo de exercício "muito parado, muito monótono, aquele negócio de ficar respirando", mas que depois que começou a praticar diariamente buscou adotar as "mudanças de estilo de vida" propostas pela "filosofia da yoga".

L. conta – como se estivesse confessando a prática de algo muito errado – que algumas mudanças na rotina (como parar com o consumo de bebidas alcoólicas e reduzir a quantidade de café que tomava) foram mais difíceis do que outras:

> *"Eu bebia café demais. Quer dizer, eu bebo café demais. Então, assim, eu reduzi de quatro copos por dia para dois. [...] Para mim foi difícil, muito difícil e, assim, o meu médico era bem flexível em uma série de aspectos, assim, "pode comer sushi, pode comer isso, não se prive muito não, a gravidez já é difícil então tente comer e que lhe faz bem" [...] Mas eu me lembro que eu perguntei do café para ele, porque ele era super pra frente, e ele disse "olha, não mais do que dois copos por dia, de preferência um só, mas não mais do que dois" [...] aí eu lembro que eu perguntei o porquê e ele me falou, mas eu já não me lembro mais. [...] Então, às vezes, o que eu fazia era cortar a quantidade, tipo, eu tomava um copo menor de café de manhã e tomava um copo menor de café à tarde. Ali no Starbucks, eu sempre tomava aquele médio, que é bem grande, então ao invés de tomar o médio, eu tomava o pequeno. Mas, para mim, foi horrível.*

> *[...]*
> *Outra coisa que foi muito difícil para mim [...] meu Deus, parece terrível dizer isso, mas foi parar de beber, foi muito difícil. [...] É, porque eu não bebo muito, mas eu bebo uma taça de vinho quase todas as noites no jantar. [...] Eu gosto de beber para cozinhar, então eu meio que perdi a minha companhia de cozinhar. Então eu estava cozinhando e ficava pensando que estava faltando alguma coisa, o vinho."*

Além da abstinência ao álcool e da redução no consumo do café, durante a gravidez, L. começou a tomar as "vitaminas pré-natais que todo mundo toma" e procurou manter algumas mudanças de estilo alimentar, evitando consumir produtos industrializados ou com muito açúcar – algo que ela já tinha implementado um ano antes, na época em que estava tentando engravidar. Mesmo tendo uma "percepção nutricional boa", ela considera que era preciso também "tentar de tudo" para "ficar mais propício pra gravidez".

L. relata que se desejasse muito alguma coisa, ela comia; mas que, de modo geral, manejava o seu padrão alimentar de forma a tentar se "manter bem saudável", especialmente pelo medo que sentia em relação a uma "tendência" de desenvolver diabetes gestacional:

> *"Eu engordei 6 kg e meio a gestação toda, então eu engordei pouco. Mas eu comia, só que eu comia mais saudável, principalmente, porque o meu não poder engravidar foi porque eu tive síndrome do ovário policístico, e aí tem uma série de relações entre síndrome do ovário policístico, síndrome metabólica e aumento da insulina, uma tendência de diabetes, e eu tinha medo da diabetes gestacional. Embora eu não tivesse nenhum indicativo e os meus exames todos deram muito bons, mas eu ficava sempre naquela, assim, de medo de acontecer e aí, sabe? Como é que você maneja isso durante a gravidez? Então eu sempre tentava me manter bem saudável, comer bem, mas evitar ao máximo os excessos de doces, principalmente. Eu adoro chocolate, mas eu tentava evitar ao máximo um chocolate que fosse ao leite, eu preferia um chocolate amargo. Os fritos demais, ou com muita farinha refinada, o excesso de doces, as bebidas doces."*

Sobre a cafeína contida no chocolate, L. tenta se justificar dizendo que nem se lembrava disso: "*se eu não me lembro, não conta [risos]. Mas eu não tomo chá, então isso não estava dentro do meu quesito. Eu também não tomo refrigerante, então isso também não estava. Era só o chocolate mesmo. O Chocolate e o café*". Ela considera que esses cuidados e restrições alimentares era o "preço a se pagar" para que a filha tivesse, ainda durante a gestação, "a melhor alimentação possível":

> *"É meio que o preço que você paga para ter certeza de que você está bem. [...] depois de um tempo tentando engravidar, eu sempre pensava assim: tudo o que eu como vai diretamente para a minha filha, porque é uma alimentação direta, assim, no cordão umbilical. Então tudo o que eu como vai para ela, então eu pensava: eu preciso comer o que for de melhor. [...] Mas eu pensava muito durante a gestação, do tipo, se eu me entupir de açúcar, o meu sangue vai estar entupido de açúcar e ela vai comer, né? Tipo assim, é difícil não falar porque é com o que eu trabalho, mas já tem um monte de evidências, mostrando que o gosto da criança, o gosto para comidas no futuro tem a ver com o que você comeu também na gestação. E aí eu me alimentava bem, o meu marido se alimenta ok. E eu sempre dizia: eu quero que ela se alimente o melhor possível, então tem que começar de agora. [...] Teve outro detalhe também, durante a gestação, eu realmente não tinha um desejo por coisas doces. Talvez se eu tivesse tido, teria sido mais difícil, mas eu não tinha. Eu não sei se é porque eu não estava comendo antes, ou porque ficou meio que embutido na minha cabeça de que isso não é legal e que isso não é saudável, né? Eu não sei, mas eu lembro que eu já não comia e não foi sofrido."*

L. disse que tentou "não entrar em contato" com informações que tivessem caráter científico, porque ela não queria se tornar uma mãe-pesquisadora, "ficar no lado científico da coisa" e fazer "uma *data analysis* da gestação"; ela queria ser "o máximo intuitiva possível":

> *"Tipo assim, o que é o aumento de, sei lá, do exame X? Não sei. Não sei. Não vou pesquisar. Não. Eu fiz um trabalho assim de não buscar isso, para eu não me preocupar e para eu não tornar isso científico [...]. Eu tento todos os dias ser o máximo intuitiva possível, porque é muito difícil você ser cientista, você ser pesquisadora e não pesquisar como educar uma criança [risos] é muito difícil. Então eu fico o tempo inteiro, assim sabe, no back of my mind dizendo 'eu não sou uma cientista, eu sou a mãe dela e está tudo bem, eu vou agir como eu acho que é melhor' [risos] Mas eu acho que além de eu não querer ficar no lado científico da coisa, ainda tinha outro detalhe, que no final foi a chegada da pandemia que, tipo assim, você já está tão atolada de informação em relação a isso, que eu não queria. Eu focava em fazer Yoga, fazer os exercícios no final, assim, para ela encaixar melhor. Eu fiz spinning babies só pra ela encaixar melhor e, tipo, me manter saudável, mental também. Então assim, eu não, não quis entrar em contato.*
> *[...]*
> *Eu acho que engravidar, gestar, parir e criar um filho é perder o controle. Então assim, era isso que eu trazia para mim, de tipo, eu não posso viver assim no científico do que é ideal, né? Porque não vai funcionar, porque, tipo assim, fatalmente eu vou perder o contato com aquilo que sou eu mulher. E aí eu não quero que isso aconteça. Então eu tentei não fazer uma data analysis do meu processo de gestação."*

L. conta que durante a gravidez acompanhou alguns perfis brasileiros no *Instagram* para conhecer "o que as pessoas faziam, o quê que tem de novo". Conta, também, que quando começou a pandemia de COVID-19, começou a acompanhar o podcast *Evidence Based Birth*, que apresenta evidências de pesquisa sobre temas relacionados à gravidez e ao parto, segundo ela, para obter algumas atualizações sobre a nova doença. Já mais para o final da gravidez, L. também fez alguns cursos pré-natais *online*, tanto de preparação para o parto, como H*ypnobirthing*, "para saber o que esperar quando entrasse em trabalho de parto e para gerenciar a dor", quanto cursos de cuidados com o recém-nascido e sobre amamentação.

L. também teve alguns atendimentos com a doula para se "preparar para o parto", nos quais ela aprendeu sobre posições e técnicas para lidar com a dor, com o uso de "produtos naturais" e de "essências para ajudar a relaxar". A doula, sabendo que L. trabalhava com pesquisa, também dava algumas indicações de artigos científicos, mas que ela nem sempre lia. Ela conta que às vezes dava "uma olhada assim por cima". Para L., isso era uma coisa que, de alguma forma, ela já sabia: ela sabia o que queria e o que não queria, e o que era aceitável na assistência ou não. E foi por esse motivo que ela quis trocar da obstetra para midwife: queria ter "o mínimo de intervenção" no parto, mas sem precisar "entrar em contato com isso", ela disse.

Quando começou a procurar midwives para dar continuidade ao acompanhamento pré-natal, L. buscou por profissionais que fossem, ao mesmo tempo, vinculadas ao hospital em que trabalha (porque considerava que lá a bebê teria maior e melhor acompanhamento durante o nascimento, se fosse necessário) e que tivessem um atendimento que fosse "menos invasivo" (porque não queria "a intervenção demais do hospital", como a episiotomia e as restrições de alimentação durante o trabalho de parto):

> *"[M]enos invasivo, né? O que eu escutava aqui, eu sei que aqui no Canadá é muito mais pró parto natural. Mas, mas o que aconteceu é que eu escutava muita conversa de algumas mulheres que tinham parido, que diziam assim: Ah, mas quando você está no hospital, você está com o médico...' É o plantonista, né, que faz o parto '...e é muito mais invasivo. Eles esperam muito menos e você já está internada'. E tem a história... Eu tinha muito medo da episiotomia. Aí eu disse: 'Não, eu preciso ir para uma pessoa que eu tenha 100% de certeza que vai me dar suporte para um parto natural, tipo assim, sem intervenção, que respeite o que eu vou dizer'. Então, eu preciso sentir segurança nessa cidadã para fazer isso. Eu não quero simplesmente ir para o plantonista, porque eu posso dar super sorte de ser um plantonista excelente, mas e se não for? Então assim, eu não me sentia confortável com isso e é por isso que eu fui pra midwife."*

Em relação ao planejamento para o parto, L. disse que sonhava em ter um parto "o mais natural possível, com o mínimo de intervenção possível". Mas ela considerava que as informações dos livros com os quais teve contato pareciam uma "lavagem cerebral", porque "fazem parecer que o único parto bom é o parto normal e que todo mundo é capaz de tentar" – o que, em sua visão, não significava necessariamente que todas as mulheres conseguissem parir. É nessa incerteza e imprevisibilidade do parto, de não acreditar que conseguiria, que L. pondera que esteja a origem de sua reticência a "entrar em contato com isso", isto é, de "não ler, não procurar, não ter informação de nada disso na gestação":

> "*Meu marido leu um livro. É... de como ser um bom support person, para o parto, né? E eu não li [...]. Eu comecei a ler aquele livro, alguma coisa childbirth, da Ina... Comecei a ler e, tipo assim, aquilo começou a entrar na minha cabeça de uma forma que parecia uma lavagem cerebral, sabe? Que, tipo assim, que é super fácil, que você consegue parir normal, que você consegue. E, tipo, entrou de uma forma que, eu lembro que eu me preparei para um parto em casa e... É... E depois eu parei de ler o livro porque eu disse assim: 'Não, não está me fazendo bem'. Parece assim que só... a gente só se prepara para isso, sabe?*
> *[...]*
> *Eu, eu tentei assim, no início, eu li alguns livros e aí tudo eu achava uma lavagem cerebral muito grande, principalmente em relação ao parto normal. Eu queria muito, muito, muito, muito um parto normal, natural, o mais, o mais natural possível, com o mínimo de intervenção possível, mas é... no fundo, no fundo, hoje né, quando avalio, no fundo, no fundo, eu acho que eu nunca acreditei que eu conseguisse. E aí, talvez, eu não quisesse entrar em contato com isso, porque parecia... eu não sei, parece que todos os livros fazem parecer que, tipo, que o único parto bom é o parto normal e que todo mundo é capaz. E é verdade, todo mundo é capaz de tentar. Isso não quer dizer que todo mundo é capaz de ter, né?"*

Perto do final da gestação, L. começou a ler relatos de partos, tanto os "maravilhosos" quanto os "catastróficos", porque queria conhecer "os dois lados da moeda". Mas, faltando pouco tempo para o parto, ela parou de ler os relatos para não "ficar tendenciosa":

> *"Eu lia os relatos de parto lindos, maravilhosos, e lia os relatos de parto daqueles catastróficos porque era, tipo assim, vamos nos preparar para o melhor, mas vamos saber que existe o outro lado da moeda, né? [...] Até que chegou assim as duas últimas semanas de gestação e aí eu pensei: ah, não, também não quero mais ver nada sobre isso. Porque eu acho que você acaba ficando tendencioso [...]*

> *Mas com 36 [semanas] eu comecei a entrar em pré-trabalho de parto e aí me incomodava muito pensar o tempo inteiro que, tipo, já está chegando e eu estou vendo isso e vai que não dá certo."*

Quando a pandemia de COVID-19 foi decretada, em março de 2020, L. já estava no último trimestre de gravidez, e foi surpreendida por algumas mudanças na assistência, como a proibição da participação do marido nas consultas e exames pré-natais, pois as restrições de contato iniciadas com a pandemia permitiam a presença de somente uma pessoa durante os atendimentos (no caso, a gestante). Naquela época, diante das notícias que recebia sobre a situação no Brasil (além da falta de conhecimento sobre o impacto da nova doença para as grávidas), L. disse que não queria mais acompanhar mais as informações sobre a pandemia, qualificando o efeito desses dados como "muito perturbador para sua saúde mental":

> *"Muita morte também, né? E era uma incógnita em relação às grávidas. Eu lembro que eu acompanhei uma época e parei de acompanhar, porque era assim, ao mesmo tempo que aqui a gente não via nada muito grave, no Brasil era: morreu não sei quantas grávidas. Aí eu disse: 'Não, gente, não quero saber. Não me contém. Não, não tenho interesse'. [...] Porque é muito perturbador para sua saúde mental. Então eu dizia muito assim: 'Se você tiver alguma notícia ruim relacionada à COVID e grávida, por favor, não me conte. Eu não quero saber'."*

E compara a situação agora [no momento da entrevista] e no começo da pandemia:

> *"Hoje a gente está numa situação de quase dois anos de pandemia, [...] Ainda está ruim? Claro que está. Mas assim, não é como foi em março de 2020, sabe assim, que você não sabia de nada. Era um vírus completamente novo. Era a gente limpando as coisas dentro de casa, porque você não sabia se era droplet ou se era airborn [hipótese]. Não se sabia. Então assim, não sabia se morria, não sabia se era transmissível pra criança na gravidez, sabe?"*

L. relembra que as medidas de higiene adotadas por ela e o marido, assim como comportamentos que ela começou a desenvolver, impactaram na relação do casal. A decisão do parto em casa, a meditação que ela começou fazer, e o afastamento das fontes de notícias foram os caminhos que L. encontrou para sair desse ciclo "não saudável":

> *[...] eu lembro que a gente quase se separa [...] porque eu ficava louca. Tipo, entra em casa e troca a roupa inteira, limpa tudo, limpa todas as compras, sabe? Ele dizia: 'L., eu já lavei a mão'. 'Lava de novo porque eu não vi'. Então assim, eu lembro que ele comentava muito, ele dizia: 'Você vai ficar louca, você vai ficar louca, você vai deixar a gente louco'. E aí eu lembro que foi quando eu comecei a não entrar em contato mais com as notícias."*

Apesar de L. ter redobrado os cuidados por causa da COVID, ela não se considerava como "grupo de risco", nem se sentia mais vulnerável pelo fato de estar grávida:

> *"Em risco acho que todo mundo estava, né? [...] eu não acho que gravidez é... a não ser que você tenha uma outra comorbidade. Não acho que a gravidez seria motivo de risco extra, porque se parte do princípio de que você está saudável, né?"*

Além das incertezas associadas à possibilidade de transmissão da doença para o feto, o medo e apreensão de L. não era de ela adoecer e morrer, mas relacionava-se principalmente com o impacto das medidas sanitárias de contenção da pandemia no nascimento de sua filha, tanto na participação do marido durante o trabalho de parto, como em uma possível separação no pós-parto imediato:

> *"Eu não tinha medo de adoecer e ficar, de morrer. Eu tinha medo do quanto isso ia impactar no nascimento dela. Mesmo que fosse assintomático, porque era isso, mesmo que você assintomática e testasse positivo, e aí? [...] O meu medo era assim. Eu tinha muito medo porque ainda não se sabia se você transmitia ou não para o bebê. Mas o meu medo principal era chegar o momento de parir, eu testar positivo ou o [marido] testar positivo. Eu acho que o meu medo maior era ele testar positivo e não poder entrar comigo na hora do parto, porque eu dizia assim: 'Gente, como é que eu vou parir só? Não tenho condições psicológicas de ir sozinha'. E outra, assim, ele não viver esse momento e... Eu tinha muito medo de testar positivo, porque... Graças a Deus, o Canadá nunca teve isso, né? Mas nos Estados Unidos muitas mulheres que testavam positivas eram retirados os bebês delas. Então, tipo assim, eu acho que isso me aterrorizou numa proporção, sabe, que eu tinha medo de tudo. As últimas semanas de gestação, eu tinha medo de tudo, não era assim: eu tenho medo de pegar COVID, porque eu tenho medo de morrer. Era: eu tenho medo de não poder ficar com a minha filha quando ela nascer. Esse era o meu medo principal."*

Também ligado às medidas de contenção e isolamento social que estavam sendo adotadas, L. conta como renunciou a uma "rede de apoio" pelo medo ao contágio e o

receio sobre possíveis mudanças nas "guidelines" que a impedissem de ficar com a filha no pós-parto:

> *"Na época em que as fronteiras começaram a fechar, a minha mãe ainda era elegível para vir, porque nós somos cidadãos canadenses [...] E eu dizia: 'Não venha, não venha, porque se você vier e você chegar aqui positivo e aí eu entrar em trabalho de parto a qualquer momento e aí vai estar todo mundo positivo. Como é que vai ser?'. Então assim, esse foi outro motivo pelo qual eu não tive rede de apoio, e também não quis rede de apoio pelo medo de estar positiva pra COVID e aí não poder ficar com a minha filha. Porque era na época que ninguém sabia de nada. Então todo dia estava mudando de guideline, né?"*

L. conta que se a pandemia não tivesse acontecido, ela gostaria de ter planejado ter "um parto menos intervencionista possível", no hospital, com o acompanhamento da midwife, da doula e do marido. Mas, com o início da crise sanitária, L. precisou repensar os planos para o nascimento de sua filha, pois ela não queria perder o acompanhamento da doula e tinha medo de "ser infectada", tanto no ambiente hospitalar como no *birth centre*:

> *"Ela nasceu em maio e aí foi outro motivo pelo qual, assim, ficou aquele frenesi. Ninguém sabia o que era e tal. Então assim, eu, hoje, tenho certeza absoluta de que eu optei pelo home birth, né, pelo parto em casa e passei por tudo o que eu passei, por medo do COVID, por medo de ir pro hospital, por medo de ser infectada. Mas principalmente porque também, assim, se eu tivesse ido para o hospital, eu teria perdido a minha doula. Ela não podia ir. Só era permitido uma pessoa de suporte. Então assim, eu queria muito ter ela lá. Ela era uma pessoa de confiança [...] eu não queria perdê-la. E aí eu fiz todo um preparo para um parto em casa que nunca, nunca, nunca, nem nos meus melhores e piores sonhos, eu tinha imaginado um parto em casa. E aí foi quando eu comecei a pesquisar, porque, tipo assim, eu tinha que pesquisar quais eram os riscos, quais eram os benefícios e o que eu precisava para um parto em casa. Mas assim, eu mudei disso com 30 e...5, 34, 35 semanas[...]. Eu nunca considerei em casa. Tipo assim, eu também pensei ir para o birth centre, mas, de novo, em maio estava um caos para entrar no birth centre. Sabe assim, você tinha que ser testado. Aí podia ser que a gente fosse testado e o [marido] não pudesse entrar. Já no hospital, já era mais flexível em relação a isso. Mas, em compensação, como eu trabalho no [hospital], eu sabia o índice de paciente infectado lá dentro, né, eu recebia todo dia o número de casos. E aí isso me deixava super preocupada. E eu dizia muito pro [marido] que eu não queria ir para lá de jeito nenhum, a não ser que não tivesse outra opção. Eu não queria ir, porque eu tinha medo."*

L. disse até aquele momento "*não conseguia [se] imaginar não parindo no hospital",* pois ela pensava: *"e se acontecer alguma coisa?".* Assim, segundo seu relato, ela precisou passar por "um processo de autoajuste" para *"[se] sentir confortável com a história do parto em casa*", isto é, para aceitar a contingência de que o parto teria que acontecer em casa. Ela enumera as questões que foram levantadas em um "encontro online" que teve com a midwife, no qual ela tentava traçar alguns panoramas possíveis e as possíveis respostas/alternativas, como o procedimento para ir para o hospital se fosse necessário: por exemplo, se chamar uma ambulância ou ir de carro, os equipamentos disponíveis "se o bebê precisar de ajuda". Começaram, assim, os preparativos para o parto domiciliar, cuja maior motivação foi "o COVID":

> *"Eu lembro que a gente marcou encontro com ela online de uma hora e meia para realmente perguntar pra ela: 'Tá, e aí, o que você traz pro parto? E se acontecer isso? E se acontecer aquilo? Quais são os riscos? E o risco disso e o risco daquilo? O que que eu preciso preparar na casa?', né, assim. Eu aluguei uma piscina daquelas infláveis e tal, pra fazer um parto na água. Sabe? Preparei a cama toda para caso sujasse, eu tivesse qualquer coisa, pra não passar. Foi uma coisa. Mas o meu principal foco do porquê a gente faz essa mudança toda, foi o COVID. [...] Tipo assim, se naquela época não tivesse a pandemia, eu teria continuado com a mesma ideia de ter um parto menos intervencionista possível, mas eu teria ido pro hospital.*
> *[...]*
> *Então, tipo, eu sabia que ela tinha condição de assistir ali [em casa] sem qualquer situação de risco. Só não o que a gente passou."*

APÊNDICE F – A história de Ana: em busca do "parto perfeito"

Ana nasceu na região Sudeste, tem 39 anos e disse que, no Canadá, sempre se autodeclara como "latina". Ela é casada e mora com o marido e as três filhas em Toronto. A filha mais velha nasceu em uma cesárea há 6 anos, quando ela ainda vivia no Brasil; a do meio tem 3 anos e nasceu em um "parto natural" no *birth centre*; e a mais nova, que no dia da primeira entrevista estava com 3 meses, também nasceu em Toronto, mas em um "parto natural domiciliar planejado".

Ana tem nível superior, com mestrado em Microbiologia, e mudou-se para o Canadá há 5 anos com o marido e a filha mais velha. Atualmente, ela é "PR", sigla em inglês para "residente permanente" no Canadá, e trabalha como analista de imigração. Ana e o marido queriam "ter uma família grande" e esse foi um dos principais motivos que levou a família a imigrar para o Canadá.

Essa era a terceira da filha de Ana e ao longo da entrevista, ela comparou diversas vezes as experiências de gravidez. Por exemplo, ela contou que, diferente da gestação anterior, considerou "gostoso viver essa terceira experiência" porque foi planejada. Ela conta que a gestação da 2ª filha, apesar de desejada, aconteceu quando ela "não estava em um momento bom para engravidar" – o que estava relacionado não só às instabilidades em termos migratórios e financeiros, mas também ao desconhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde local:

> *"Nessa [gravidez], eu já estava mais tranquila. Na outra, eu tinha acabado de chegar no Canadá e estava muito instável ainda. Nessa, a gente já estava com uma vida mais estabilizada. Então, foi mais tranquilo de pensar, até financeiramente, como é que ia ser. Eu já conhecia o sistema, eu já tinha entrado de licença maternidade uma vez, eu já sabia como era o sistema de saúde, então foi bem mais tranquilo dessa vez. Foi bem menos assustador do que a segunda."*

Em seu planejamento reprodutivo, Ana considerava principalmente o fator idade, porque não queria que a gestação acontecesse tardiamente. Ela conta em um tom de brincadeira que "*se tivesse começado mais nova, teria mais um monte" e* logo complementa que *"agora, já chega",* porque gostaria de ter filhos idealmente antes dos 40 anos:

> *"Quando foi no início do ano passado, eu ia fazer 38 anos, aí eu falei assim: "Ah, vamos tentar e se não rolar até julho, aí vamos deixar pra lá, porque eu acho que eu tô velha. Não sei se quero ter filho com 40 anos. Se não for esse ano, não vai". Aí meu marido falou: "Então tá, vamos tentar até julho e a gente vê como é que vai ser". Aí, foi de cara e no primeiro mês eu engravidei. Eu engravidei em janeiro e ela nasceu em outubro."*

Ana descobriu a gravidez a partir do que ela chamou de "sintomas básicos", referindo-se ao atraso menstrual e maior sensibilidade nos seios, e de "um feeling assim", pois já era a sua terceira gravidez, então ela sabia, mais ou menos, o que ia sentir. Num primeiro momento, Ana não quis fazer teste para confirmar suas suspeitas (achava que ia começar a sentir os enjoos característicos da gravidez quando tivesse certeza), e manteve segredo sobre a gravidez, para "curtir sozinha aquilo" durante um tempo.

> *"Eu fui guardando para mim até que chegou um dia que eu tinha que ver se era verdade mesmo, saber se eu estava grávida mesmo. Aí eu fui e falei para meu marido: "Eu acho que estou grávida". Aí ele falou "Então vou lá comprar um teste". Daí, na mesma hora ele foi lá e eu fiz o teste e aconteceu isso: logo depois eu comecei a passar super mal. Eu passei muito mal no começo."*

Além dos enjoos, Ana conta que nessa gravidez, diferente das anteriores, também se sentiu mais cansada porque já cuidava de outras duas crianças. Por causa do mal-estar das semanas iniciais de gravidez, Ana precisou tomar uma medicação que, no Canadá, assim como grande parte dos medicamentos, é vendida somente com prescrição médica. Então, antes, ela teve que fazer um "exame de sangue" para confirmar a gestação:

> *"Eu sabia o remédio que eu tinha que tomar, mas eu precisava da receita. Eu liguei para ela [médica de família] e perguntei se ela podia me dar a receita, porque eu estava passando muito mal, e a primeira coisa que ela fez foi pedir o exame de sangue para confirmar a gravidez. Aí eu fiz o exame de sangue no mesmo dia [...] com a confirmação da gravidez, ela me deu a receita. Foi assim que eu confirmei mesmo cem por cento."*

Ana considera que não teve muitos cuidados especiais com a última gestação. Ela conta que foi "muito mais cuidadosa" na 1ª gravidez do que nas seguintes: passava creme para estrias, tomava banho com óleo de amêndoas, fazia massagens e ia para a hidroginástica. Na segunda e na terceira, ela disse que não conseguiu ter os mesmos cuidados, principalmente,

porque tinha que cuidar das outras filhas pequenas, que demandavam muito sua atenção. Ana achava também que passou por uma "mudança de pensamento cultural" após a mudança para o Canadá, pois passou a ter "uma vida muito mais simples" do que a que estava acostumada no Brasil e, com isso, sua "cabeça mudou muito".

Nessa última gravidez, Ana adaptou os exercícios que fazia habitualmente. Ela passou a fazer exercícios diários de alongamento e algumas sessões de "fisioterapia pélvica", para aliviar dores e "fortalecer e ter mais consciência sobre a musculatura pélvica", o que ela acreditava que poderia ser útil na hora do parto. Embora Ana considera que "gravidez não é impedimento" para fazer as coisas que gosta (como viajar com as filhas ou acampar durante o verão inteiro), ela sentiu que precisava fazer algumas mudanças nas atividades físicas que estava acostumada a praticar. Assim, ela substituiu um exercício de "muito impacto" (crossfit) por outro de "impacto zero" (hidroginástica). Ana conta que decidiu "intuitivamente" moderar o tipo de exercício físico, para não "forçar mais a musculatura pélvica" e "poupar o períneo":

> *"Eu fazia crossfit antes. Eu não fiz durante a gravidez. Eu parei um pouquinho antes, mas depois que eu engravidei eu não voltei, porque é um exercício de muito impacto e eu prefiro não fazer isso, exercícios de impacto na gravidez [...]. É uma coisa meio intuitiva, assim, eu não gosto muito, eu não me sinto confortável fazendo. Tipo, correr com a barriga de gravidez. O exercício do crossfit tem bastante impacto e tal. Era meio intuitivo meu [...]. A fisioterapeuta me falou: 'Ah, se você quiser, tudo bem. Mas o exercício de impacto, ele força mais a musculatura pélvica, então pode ser que você tenha que trabalhar mais ela depois, para fortalecer ela [...] porque é normal, é normal da idade, normal por já ter 3 gravidezes e tal, o peso que fica na musculatura, que poderia influenciar de uma certa forma'. E eu já tinha essa intuição, assim, de não querer, de não gostar e foi por isso que eu mudei o tipo de exercício. Fiz uma coisa de menos impacto que já vinha fazendo desde a minha primeira gravidez; eu comecei a fazer hidroginástica, que é impacto zero e é super gostosinho, na água [...]. Dessa vez, eu fiquei fazendo mais exercícios funcionais e era muito alongamento também, não tinha muito impacto. Acho que pode se dizer que foi para poupar meu períneo, digamos assim."*

No que se refere ao consumo de álcool, cafeína, tabaco e outras substâncias, Ana falou que não fumava e não tomava café, então isso não foi uma questão para ela; já em relação ao álcool, ela disse que gostava de beber "duas ou três cervejinhas no fim de semana" com o marido, mas parou de beber bebidas alcoólicas logo que descobriu a gravidez, assim como fez nas duas gestações anteriores, porque sabia que "isso tudo passa na placenta":

> *"Eu tenho consciência de que isso tudo passa na placenta, né? Então, desde o momento que eu sei que eu estou grávida, eu paro totalmente. Na verdade, na minha primeira gravidez eu cheguei a tomar uns copinhos de vinho, mas depois eu vi que não era o ideal, sabe, que passava na placenta, então eu... Tipo assim, eu sabia que elas não iam morrer por causa disso, mas eu não queria fazer isso com os meus bebês. E depois disso, eu não fiz mais. Diferente da amamentação, que agora eu, de vez em quando, tomo um pouquinho, uma taça de vinho. Mas, grávida não, não tomei. Basicamente, dessa vez, foi a única coisa que eu fiz, porque a minha alimentação não foi muito saudável, não [risos]. Nessa gravidez, foi só o álcool mesmo que eu cortei."*

Já em relação à alimentação, nessa gravidez, Ana relata que "não foi muito saudável, não", referindo-se a falta de controle no consumo de alimentos que seriam prejudiciais para uma pessoa gestante, como chocolates e alguns tipos de queijo e ovos. Ela disse que só deixou de comer comida japonesa, por insistência do marido e porque o "japonês era do chinês", isto é, a "procedência desconhecida" do alimento fazia com que ele não fosse "confiável" para ser consumido:

> *"Refrigerante, eu raramente tomo refrigerante, raramente mesmo. [...] Agora, chocolate? Eu comi pra caramba, zero restrição [...]. Só [evitava] comida japonesa. E eu nem achava que eu deveria, não. Foi mais porque meu marido ficava falando: 'Não pode comer peixe cru' e aí eu não comia [...]. Mas, queijo, eu comia todos. Comia ovo com gema mole, que às vezes as pessoas não comem. Eu nem pensava nisso. Eu nem sabia disso. Uma vez, eu acho que eu postei no meu Instagram que estava comendo isso, aí uma amiga minha comentou assim: 'Nossa, você pode comer gema mole, grávida?' e eu pensei: 'Gente, eu nunca tinha pensado nisso'. Foi basicamente isso, só japonês mesmo [...]. Eu sei que você tem que saber a procedência, o lugar tem que ser confiável e tal. Então, não é de qualquer lugar que dá para comer. Mas se você conhece o lugar e você sabe de onde vem, se é bem feito, dá para comer. Mas aí meu marido falou assim: 'Não, cara, eu estou comprando japonês no chinês. Você não vai comer isso aí, não. A gente nem sabe se isso está bom'. Aí, eu preferi... eu acatei."*

Ana considera que "conhecimento vale ouro" e que a busca de informações é a parte mais importante para ter uma gestação e um parto mais "tranquilos". Ela conta que nessa última gravidez e na anterior, de modo bem diferente da primeira, "estudou bastante mesmo", principalmente sobre o parto (que era seu objetivo principal). Ana relembra que da primeira vez "perdeu muito tempo com listinha de enxoval" e, como não procurou se informar

corretamente, não conseguia entender o que estava acontecendo no nascimento de sua 1ª filha:

> *"Minha bolsa estourou e ela me mandou ir para o hospital. Hoje eu sei que não precisava ir, que eu poderia ter esperado em casa. Eu não sabia e aí já estava dando 11 horas da noite e ela começou a me pressionar: 'Se a gente esperar mais, seu bebê vai entrar em sofrimento. Você vai ter que entrar no antibiótico e não sei o quê'. Vai falar para uma mãe que seu filho vai sofrer? Não fala isso. Mãe nenhuma quer isso. Então, corta aí e arranca ela daqui. Se é para o bem dela, tira ela daqui. E aí foi isso."*

Ana disse que queria muito ter vivido um parto normal, mas acabou passando por uma "cesárea completamente desnecessária" porque "não estudou" e, com isso, "os médicos fazem o que querem quando você não tem conhecimento". Hoje, Ana acredita que não teria caído na "armadilha da obstetra de que a bebê estava sofrendo" se tivesse buscado mais informações. Ela considera que cometeu "o grande erro de ter entregue na mão da médica de plano" seu desejo de viver um parto normal, atribuindo a si mesma a responsabilidade por não ter procurado se informar durante a primeira gravidez. Para Ana "as pessoas têm que correr atrás de informação, de estudar sobre isso", como fariam, por exemplo, no planejamento de uma viagem:

> *"Acho que depende muito de a gente não entregar na mão do médico [...]. Acho que não tem motivo para não estudar [...] quando a gente vai fazer uma viagem, a gente estuda o roteiro daquela viagem. Por que a gente não vai estudar sobre a maternidade, sobre o parto ou sobre a gravidez em si? [...] Eu acabei passando por uma cesárea completamente desnecessária. Porque se eu tivesse estudado, não teria passado."*

Ana conta que, durante a gravidez da filha do meio, ela participou de vários grupos na rede social Facebook, como o "*Canadian VBAC*", para buscar informações sobre parto, especialmente sobre "VBAC". Ela disse que tinha medo de não conseguir parir sua filha por um "parto vaginal" depois de ter passado por uma cesárea. Já na última gravidez, ela relata não ter participado de muitos grupos porque não sentia mais esse medo: "*eu sabia que ia conseguir, pois já tinha conseguido uma vez*", Ana afirmou. As únicas incertezas que ela mencionou em relação ao parto referem-se a algumas complicações que, apesar de não serem raras, só poderiam ser verificadas durante o trabalho de parto: "*Eu tinha certeza e dizia: 'não, não tenho dúvida. Só se acontecer alguma coisa, do tipo o bebê virar ou encaixar mal. Fora*

isso, o meu corpo, eu sei que ele dá conta'. Então, dessa vez, eu não participei de muitos grupos, não", ela pondera.

Ainda assim, Ana disse que nessa última gravidez "correu atrás" de estudar muito sobre parto, isto é, de "buscar ativamente" informações sobre o tema. Suas principais fontes de informação eram as midwives e a doula (que também é brasileira e a acompanhou nas duas últimas gestações), e a partir da leitura de livros e artigos recomendados, da realização de cursos, como o curso de Hypnobirthing (que ela acreditava ser útil para o parto), e de ouvir histórias de parto das pessoas que ela conhecia pessoalmente e, de desconhecidos, através de vídeos no Youtube. Mas Ana considera que esse "conhecimento" (que, segundo ela, não precisaria ser um "saber muito aprofundado" sobre o assunto) está mais acessível hoje em dia, podendo ser obtido "passivamente" nas redes sociais a partir de "fontes confiáveis". Ela cita algumas fontes dessas informações que podiam ser obtidas sem grande esforço, como os perfis dos especialistas que "seguia" na rede social *Instagram*, principalmente, os de médicos obstetras brasileiros que "[tratam] o parto como um processo fisiológico":

> *"Agora, eu acho que é muito fácil buscar esse tipo de informação, é muito fácil [...] tem um monte médico confiável que faz curso online sobre isso. É muito mais fácil ter essas informações hoje em dia. Você não tem que ir muito fundo, ler artigo científico, não precisa fazer isso hoje em dia [...] Você consegue mais facilmente por aí, até se ficar passivamente no Instagram, você consegue [...]. Quem eu sigo? O doutor Gustavo Ventura, que é um médico de São Paulo, o doutor Braulio Zorzela, que também é famoso e tem muitos cursos, a doutora Alice Schultz, que é de Vitória. Quem mais? Quésia Vilamil, que é de BH. Acho que são basicamente esses, os brasileiros. Ah, tem uma menina do Rio também que é Bia não sei o quê. É uma médica do Rio que também segue mais ou menos essa linha que eu gosto, de tratar o parto como um processo fisiológico e tal [...] E aí eu comecei a seguir. Se você quiser, depois te falo. Eu sigo até hoje. Eu gosto, eu adoro esse assunto e ainda não me desapeguei."*

O que motivou Ana a "correr atrás" de todas essas informações foi a busca por um "parto perfeito": um parto "normal", "natural", "instintivo" e "sem intervenção". Para o nascimento da terceira filha ela queria, principalmente, evitar que o parto fosse "sofrido" ou "estressante", como tinha sido a sua experiência anterior. A gravidez em si não era uma preocupação para Ana, porque ela tinha uma "gestação de risco habitual". Já o caráter "imprevisível" do parto fazia com que ela sentisse necessidade de "estudar" mais sobre o assunto:

> *"O grosso da minha pesquisa durante a gravidez foi mesmo sobre o parto [...]. Basicamente, eu queria um parto perfeito, sabe assim? O mais importante, pra mim, tipo a cereja do bolo, era o parto, ter um parto normal, natural, assim, completamente instintivo, sem intervenção nenhuma [...]. Então, eu queria muito saber como as pessoas faziam isso, porque eu não queria que fosse um parto sofrido, sabe? A gente tem isso culturalmente na cabeça, que parto é uma coisa sofrida e eu descobri através do Hypnobirthing que pode ser dolorido, mas não precisa ser sofrido. Eu não queria um parto sofrido assim, com gritaria, aquela correria, aquele estresse, eu não queria. Eu queria viver um momento suave, sabe? Porque o meu segundo parto foi um parto normal, natural e tal, mas eu achei que foi um pouco estressante, sabe? Teve um pouco de sofrimento e eu não queria dessa vez, então eu buscava. Para mim, era isso: eu queria fazer isso acontecer [...]. E é por isso que eu lia muito, pesquisava muito e conversava com as pessoas. E era basicamente sobre o parto e nem era muito sobre a gravidez. Acho que é até porque eu tive uma gravidez de risco habitual, eu não tive nenhum problema, nada, todos os meus exames eram normais. Então, as coisas da gravidez em si não me preocupavam tanto."*

Ana conta que estudaria mais se tivesse outro filho, mas não somente sobre parto e sim sobre questões relacionadas à gravidez, especialmente, porque "teria uma idade maior". Ela considera que durante a gravidez as pessoas têm que buscar se informar de acordo com a experiência vivida, isto é, não precisam "ir muito fundo, ler artigo científico ou fazer um curso de obstetrícia", mas sim estudar questões que são relativas à sua própria condição, especialmente se "[existir] a chance de o bebê nascer com algum problema":

> *"Eu estava tranquila, não tinha nenhuma alteração de nada. Na verdade, eu tive uma alteração de tireoide só no início da gravidez, mas que era normal. Eu dei uma pesquisada sobre isso também, na época [...]. Mas eu não tive diabetes gestacional, por exemplo. Então, eu acho que, se uma mulher passa por isso, ela tem que estudar sobre isso. Se tem aquela incompatibilidade sanguínea [...] e existe a chance de o bebê nascer com algum problema em relação a isso, eu acho que tem que estudar mais sobre isso. Eu não tinha essa possibilidade, então eu não me atentei sobre isso."*

Na gestação da filha do meio, Ana conta que "estava meio perdida", sem saber por onde começar a procurar assistência pré-natal. Como ela tinha acabado de chegar no Canadá e não conhecia o funcionamento do sistema de saúde, acabou buscando uma médica de família em uma "*walk in clinic*" próxima à sua residência. Naquela ocasião, a médica falou que Ana poderia ser atendida tanto por médico obstetra quanto por midwife, mas que ela aconselhava a

assistência de um obstetra por causa da cesárea anterior. Como sugerido, Ana chegou a ir em uma consulta com o obstetra, mas não gostou. Passado algum tempo, ela conheceu uma brasileira que tinha tido dois partos naturais com midwives no Canadá, que foi quem indicou "o caminho das pedras": "*Olha, para você conseguir uma midwife, você tem que entrar no site e procurar quais estão mais ou menos perto da sua casa e se inscrever. Elas vão entrar em contato e dizer se tem vaga e tal*". E assim Ana fez.

Já na terceira gravidez, Ana disse que foi mais fácil porque conhecia o caminho e sabia o que tinha que fazer. Ela nem chegou a passar pela médica de família, tampouco pelo obstetra, porque já sabia que queria fazer o acompanhamento novamente com as midwives. Mas, como dessa vez ela estava morando do outro lado da cidade, Ana não pôde fazer o pré-natal com o mesmo grupo que a atendeu anteriormente e, assim, ela teve que buscar por outra equipe.

Embora Ana estivesse procurando profissionais que atendessem em sua região para acompanhá-la em um parto domiciliar, na hora de escolher, Ana também considerou o hospital de referência ao qual as midwives estariam vinculadas. Por exemplo, o grupo que atendia perto de sua residência tem como referência um hospital que ela considerava "muito ruim" (por ter sido maltratada lá em um atendimento anterior); então, por conta disso, ela acabou optando por outra equipe de midwives que, apesar de ficar um pouco mais distante de sua casa, estavam vinculadas ao hospital que ela preferia:

> *"Aí eu pensei assim: 'O quê? Se eu tiver que ir para o hospital, eu vou ter que vir para esse hospital aqui? Não, não quero. Eu quero ir para o [nome do hospital]. Aí, eu fui pesquisar quais eram as midwives que tinham o [nome do hospital] como hospital de referência, e aí eram as midwives lá no centro, lá embaixo. Aí, eu fui pra elas e foram elas que me atenderam dessa vez."*

Nessa gravidez, por causa da pandemia, as midwives reduziram o número de encontros presenciais, e as consultas iniciais do pré-natal aconteceram por telefone. Ainda assim, Ana ficou mais uma vez muito satisfeita com a assistência "diferenciada" que recebeu. Ela conta que gostou muito do atendimento das midwives e que a principal diferença delas para os médicos estava na qualidade da relação: as midwives seriam "muito acolhedoras, elas te escutam", enquanto os médicos seriam mais "frios", "sem envolvimento". Além disso, Ana considera que elas permitem que a gestante seja "protagonista" ao longo da gravidez, isto é, elas "te dão a realidade" (explicam sobre situações e procedimentos) e "querem saber a sua opinião", e são as mesmas pessoas que estarão lá no dia do parto prestando assistência:

> *"A primeira coisa que elas fazem quando chega na consulta é: 'você tem alguma dúvida? Quer perguntar alguma coisa?', depois é que elas começam a consulta [...] .O que eu vejo é assim, elas te dão a realidade: 'Você tem esses exames para fazer, serve para isso, você tem ou não tem indicação e tal, e você decide', sabe? [...] Eu acho que elas te dão o seu protagonismo ali da sua gravidez [...]. É diferente do obstetra. Quando o obstetra te acompanha, não necessariamente é ele quem vai estar no dia lá no hospital, então você pode parir com um médico que você nunca viu. Mas com as midwives não. Esse é um diferencial bem legal delas [...]. [Com o obstetra] é mais frio, assim, eu diria que é uma relação mais fria. Você não se envolve com aquilo. Com as midwives, você sai apaixonada por elas, porque elas te acompanham o pré-natal todo e elas estão ali no momento em que você está parindo. É muita ocitocina envolvida. Eu fiquei apaixonada, de verdade, pelas três: a minha do primeiro parto e as duas de agora."*

Como Ana não teve nenhum problema de saúde durante a terceira gravidez, em relação aos exames pré-natais, ela fez "só o basicão", isto é, somente os exames que normalmente são preconizados nos protocolos canadenses para o pré-natal de "gravidezes saudáveis". Ela relembra, sem ter muita certeza, os exames que fez nesse período: 2 exames de ultrassom (o primeiro perto da 12ª semana de gestação, "*para saber a transluscência nucal*", e o segundo por volta da vigésima semana, "*a morfológica, que é para saber como está o bebê*"), alguns "exames de sangue" (para avaliar o "*perfil de todas as doenças, sífilis, aids e sei lá o quê, e as taxas, que eu acho que era hemograma, colesterol não sei se tem, e os hormônios da tireoide" e fez também "aquele da glicose, para saber se está com diabetes gestacional*") e, no final da gestação, fez "aquele do Strep B" ou "exame do cotonete" ("*para saber se você tem essa bactéria e que vai dizer se você precisa tomar o antibiótico ou não durante o parto*"). Além disso, ela conta que, por ter mais de 35 anos de idade, também foi elegível para fazer, pelo sistema público, um "*screening* genético do bebê" ("*para saber a genética do bebê, se tem algum problema*").

Ana relembra a experiência que teve no Brasil, quando estava grávida da filha mais velha e era usuária de plano de saúde, marcando a diferença no número de exames pré-natais que fez naquela ocasião e problematizando a real necessidade de realização dos exames e os interesses econômicos por detrás disso:

> *"Eu lembro que no Brasil, quando eu estava grávida da minha mais velha, nossa, eu lembro que era uma porradeira de exames, até ecocardio [hipótese] do bebê eu fiz. Pelo menos no particular, no SUS*

> *talvez não. Mas como minha experiência foi com o plano, eu fiz um monte de exames. Todo trimestre, eu acho, tinha exame de sangue, todos os exames. E isso sempre me gerou, assim, essa dúvida: Será que é realmente necessário tudo isso? Ou será que é muita movimentação de dinheiro para o plano de saúde? Porque envolve isso também, no final das contas."*

Por outro lado, Ana também considera que na saúde pública canadense, diferentemente do que acontece no Brasil (para quem é usuário da saúde privada e/ou suplementar), "*você não pode muito escolher, você não tem muitas opções de escolha como no Brasil*", referindo-se não só às restrições no número de exames, mas principalmente ao modo como esses exames são comumente realizados e na forma como os resultados são informados. Dentre as diferenças entre Brasil e Canadá relacionadas ao modo como os exames são feitos, Ana relembra de uma situação na gestação da segunda filha que a deixou muito "tensa e preocupada", principalmente, pela falta de informações sobre o resultado do exame de ultrassom no qual se avaliava a "transluscência nucal":

> *"Na minha segunda gravidez, quando fui fazer a transluscência, eu peguei uma técnica que foi muito... digamos que fria, sabe? E o resultado tinha dado dois e meio, que era, tipo, muito alto. Eu fiquei muito assustada com isso, porque quanto maior, a chance do bebê ser sindrômico é maior, né? E dois e meio, eu sabia que era o limite entre o normal e o anormal. Eu fiquei muito tensa e muito preocupada e eu perguntava assim: 'Tá tudo bem?' e ela falou assim: 'Você tem que perguntar ao seu médico'. Ela só falava isso. Eu pedi pra ver e pra ela falar alguma coisa. E ela: 'Eu não posso falar'. E aí depois eu vi aquele número da transluscência alto, eu fiquei muito preocupada. Ela me deixou super mal."*

Já em relação à forma como os resultados dos exames são informados, ela fala: "*é aquele esquema 'no news, good news'. Então, se ninguém te ligou, se o laboratório não ligou é porque está tudo bem*". Ana conta que, inicialmente, esse "*no news, good news*" gerava nela uma "sensação de falta de controle": ela se sentia tutelada, como se fosse "uma criança e os adultos estivessem tomando conta"; mas, depois, teve que "se acostumar" com o modo como as coisas funcionam no Canadá:

> *"Eu aprendi a lidar um pouco com isso de "no news, good news", porque aqui é assim e eu meio que aceitei. [...] No começo eu ficava "Cara, como é que pode?", ficava me sentindo meio como se eu fosse uma criança perdida, assim, que não pode ver. Tá todo mundo tomando conta da minha vida, e eu meio que com falta de controle.*

> *Eu senti um pouco disso. Porque o que a gente está acostumada no Brasil é tipo: você vai lá faz o exame, você pega o exame, você leva o exame no médico. Eu me sentia com aquilo meio que sob o meu controle. No Canadá, não, você não tem esse controle. O exame vai direto para o médico, ele que vê, ele que olha, ele que fala se está tudo bem ou se não está. Você nem olha aquilo[...]. Eu ficava "Gente, como pode isso? Eu não posso nem escolher". Eu me senti uma criança com adultos tomando conta de mim. Depois eu me acostumei um pouco. Se é assim que é, então beleza."*

Para Ana, "*esse negócio dos exames acaba sendo um pouco de sorte, porque às vezes você vai num lugar e pega um técnico bom, que te atende bem, e às vezes você vai no mesmo lugar e pega outro técnico que não te trata tão bem*". Assim, ela conta que "por sorte", nessa última gravidez, bem diferente do que tinha acontecido na anterior, ela teve algumas experiências "muito boas" durante a realização dos exames de ultrassom:

> *"[Na clínica de ultrassom] eu peguei uma técnica que era bem legal. Eu perguntei se estava tudo bem e ela conversou comigo. Porque esse exame de transluscência era o mais tenso pra mim. E aí ela conversou comigo e disse: "Não, tá tudo bem.", ela me deu o número, eu o vi o número da medida, ela me mostrou a televisãozinha lá e eu vi o bebezinho se mexendo. Então, ela me deixou mais tranquila. Foi ótimo dessa vez. Tanto é que eu voltei lá e por sorte acabei pegando ela de novo, quando fui fazer a morfológica do segundo trimestre e aí foi uma ótima experiência."*

Ana considera importante fazer pelo menos os exames pré-natais básicos "para você saber como é que seu corpo está reagindo àquilo". Ela relembra que na segunda gravidez optou por não fazer um dos exames, o "teste da glicose", mas depois, ao repensar as possíveis consequências negativas para a "neném", considerou essa atitude "um pouco meio irresponsável". Na terceira gravidez, mesmo sem ter indicação clínica para realizar esse exame, ela optou por fazê-lo, porque "estava comendo um monte de chocolate, um monte de besteira". Ela fala novamente sobre a importância de "correr atrás" e estudar para fazer "escolhas informadas":

> *"Acho que é importante fazer pelo menos o que eles indicam. O básico, o basicão. Eu lembro que quando estava grávida da minha segunda filha, chegou a época de fazer o teste da glicose para saber se tem diabete. E a midwife falou, me explicou como era e disse: 'Olha, você não é do grupo de risco. Você não teve diabetes gestacional na primeira gravidez. Você não é uma pessoa sedentária. Então se você não quiser fazer, você não precisa fazer. Você que*

> *escolhe'. Ela me deu a opção e eu disse: 'Sério, eu posso escolher? Então, eu não vou fazer'. Daí, eu não fiz, mas depois eu fiquei me achando um pouco meio irresponsável, porque eu poderia ter tido uma diabetes gestacional e poderia complicar, poderia dar algum problema para a neném, essas coisas. Mas eu só tomei consciência disso quando eu comecei a estudar sobre isso, sobre a gravidez [...]. Dessa vez, na terceira vez, eu fiz o exame. Ela também me deu opção, perguntou se eu queria fazer ou não, porque como eu não tinha tido nenhuma das duas vezes, eu não tinha sobrepeso, não era sedentária... tinha uns parâmetros lá que elas avaliam se você é grupo de risco ou não. Eu não era. Mas, só que eu estava comendo um monte de chocolate, um monte de besteira. Aí disse: "Não, cara. Eu tenho que fazer isso." Aí eu fiz e, graças a Deus, não deu nada, não. Mas eu acho importante sim. Eu acho que é o mais importante... Para mim, o mais importante é você ter a informação para você poder decidir se aquilo é importante para você ou não. E você só sabe se você estudar. Só sabe, se você correr atrás."*

Ana considera que "o básico foi ótimo", porque fez somente os exames que eram realmente necessários durante o pré-natal. Ela conta que, por ter tido uma "gravidez tranquila", não precisou, nem sentiu necessidade de fazer mais exames; diferente de sua vizinha, que tinha uma "gravidez de alto risco" e passou por um número muito maior de consultas e exames pré-natais ao longo da gravidez. Mas, ela ressalta que tem essa percepção e interpretação hoje porque suas filhas já nasceram e nasceram saudáveis, evidenciando uma questão relevante sobre a relação entre tempo e avaliação de risco, ou seja, o momento em que se avalia o risco:

> *"Eu acho também que uma coisa que influencia muito: todas as minhas filhas nasceram saudáveis, não tiveram problema nenhum, nada de saúde, nasceram super bem, não tiveram que ir para UTI e essas coisas. Então, eu acho que isso influencia também, né? Porque eu fico pensando assim: na minha primeira, a gente fez esse exame do coração do bebê, o eco não sei o que lá, e no Canadá eles não fazem isso. Só que nenhuma das minhas filhas nasceu com problema de coração. Talvez, se uma delas tivesse nascido com problemas de coração, eu me arrependeria de não ter feito um exame desse, sabe? [...] Então eu já sei como é que é, sabe? Mas talvez, se eu estivesse grávida ou se elas tivessem nascido com problema, talvez isso fosse uma questão para mim. O que não é, mas que pode ser para outras mulheres."*

Como teve uma gravidez saudável, para o nascimento da terceira filha, Ana estava planejando um parto domiciliar com a assistência de midwives e o acompanhamento do marido e da doula. Ela conta que fez somente um "plano de parto básico", porque considerava

importante ter um à mão caso precisasse ir para o hospital. Assim, ela construiu o plano de parto a partir de um modelo que viu no curso de *Hypnobirthing*, no qual elencou o que não queria e "algumas coisas extras":

> *"Por exemplo, eu não sabia o sexo e eu não queria que ninguém me falasse, porque eu queria ver primeiro. Não queria que ninguém anunciasse: 'Ah, é menina'. Não queria. Esses detalhes, assim, eu botei. E botei coisas assim: eu não queria nenhuma intervenção, não queria ocitocina, não queria analgesia. Cesárea, para mim, era tipo um caso de vida ou morte, sabe? Eu não queria ir para o hospital. Eu botei essas coisas. Nesse curso de hypnobirthing que eu fiz, já tinha um pré pronto, sabe? Daí, eu fui só adaptando do jeito que eu queria."*

Além do plano de parto, como parte de um dos exercícios propostos nesse curso, Ana conta que também escreveu um "relato de parto antecipado", no qual ela descreve como seria o "parto ideal" (ainda que tivesse "plano B"), isto é, onde e como gostaria de parir, quem ela queria que estivesse presente nesse momento e o porquê:

> *"No meu ideal, eu ia acordar, tomar café, aí o trabalho de parto ia começar e eu ia parir mais ou menos no fim da tarde. Durante o dia, a minha mãe ia levar minhas filhas para casa da minha vizinha. Daí, quando nascesse, ela trazia todo mundo. Porque minha filha mais velha estava muito interessada, ela queria ver o cordão, ela queria ver a placenta. Ela ficava me perguntando essas coisas e eu mostrei para ela. Mostrava fotos, vídeos no YouTube. Mas ela queria muito ver. E aí eu queria que ela participasse desse momento inicial. Acabou de nascer, eu queria que ela visse como era. Então o meu ideal era isso [...]. Eu idealizei um parto e escrevi ele como se tivesse acontecido. O ideal, tipo, eu quero que aconteça assim. Não foi 100%, mas foi quase. Bastante coisa do que eu idealizei ali, aconteceu [...]. No meu relato de parto idealizado, eu queria aquele... Eu queria aquele banquinho de parto, porque eu me imaginava sentada no banquinho e meu marido sentado no sofá atrás de mim [...]. Só que eu não achava esse banquinho de jeito nenhum. Não achava. Ninguém tinha esse banquinho. [...] E para comprar esse banquinho que era, tipo, 500 dólares, eu pensei: não vou gastar, é muito dinheiro para usar uma vez ou nem usar, porque podia ser que na hora eu não quisesse [...]. Então, eu tinha esse plano de parto ideal. Mas eu comecei a fazer um plano B na cabeça. Que aí eu queria estar ajoelhada, em cima do sofá e tal, mas que meu marido estivesse ao lado [...]. E eu não comentei esse negócio com a midwife, porque eu nem achei que ela poderia ter. Mas no dia, ela chegou lá em casa com o banquinho e aí eu pari do jeito que eu tinha idealizado."*

Ana conta que tinha a opção de parir no *birth centre*, como da outra vez, mas preferiu parir em casa porque durante o parto, devido às restrições iniciadas com a pandemia, ela só poderia ter apenas um acompanhante no *birth centre*. Mas, para além das restrições da pandemia, Ana elenca também outras duas motivações para escolher esse tipo de parto e de assistência: a primeira estaria relacionada com a "grandiosidade da experiência de parir naturalmente" em si e, a segunda, com a tentativa de "ressignificar" a experiência de desrespeito e violência que vivenciou no nascimento da primeira filha – algo que ela só teria tomado consciência depois que "estudou":

> *"Quando comecei a estudar sobre o parto em si, eu vi que era uma coisa muito grandiosa, que era muito magnífico. E eu não queria passar por essa vida sem viver isso: parir naturalmente. O fato de o parto ser um processo completamente fisiológico e que você, querendo ou não, o bebê sai de dentro de você. É claro que podem existir intercorrências, como existe em outros processos fisiológicos. Existem intercorrências. Mas, o normal, o natural é você engravidar, entrar em trabalho de parto e parir esse bebê. E aquilo ficou tão fascinante para mim, que eu falei assim: 'Cara, não tem como eu sair dessa vida sem viver isso. Não tem como. Não tem como'. Isso foi o primeiro, foi o que me moveu, sabe? Quando eu comecei a estudar e vi o quão bonito era isso. Não só fisicamente, mas espiritualmente. Eu acho uma coisa grandiosíssima. Você vira... A mulher é o portal da humanidade. Tipo, todas as pessoas que estão no mundo nasceram de uma mulher, sabe? Então, eu acho isso muito surreal, muito incrível e eu queria passar por isso [...]. E depois, foi porque eu achei que eu fui muito desrespeitada no meu primeiro parto. Depois que eu comecei a ver isso, eu falei assim: 'Cara, cagaram na minha cabeça. Como é que fizeram isso comigo? Como eu fui idiota. Por que eu não estudei? Por que eu fiquei fazendo listinha de enxoval?'. Eu fiquei com raiva de mim, porque eu fui idiota. E eu sempre me considerei uma pessoa inteligente, estudiosa. Como eu me deixei levar por isso? Então, foi meio que uma... sei lá, eu preciso... já que eu estou grávida de novo, eu quero fazer diferente, eu quero ressignificar isso, porque eu me senti violentada. E depois, realmente, as coisas que eu lembro, as coisas que minha médica falou para mim, nossa, ela foi muito desrespeitosa comigo."*

Ana reconhece que, com esse discurso de "parto como um processo fisiológico", muitas vezes ela acaba se passando por "militante do parto humanizado"; e que, embora não se identifique como uma ativista, ela considera que existe e faz parte de "uma corrente mais voltada para isso" e que esse "é um caminho sem volta". Ela conta também que teve que convencer sua mãe de que não se tratava de uma "moda de parir em casa" e, por fim, tenta

incluir também "aquelas que querem, mas não conseguem" passar por essa "experiência engrandecedora":

> *"Todas as pessoas que me perguntam, eu falo para procurar alguém que curta essa vibe de respeitar o parto como um processo fisiológico. Cara, é incrível e eu acho incrível. Para mim não tem experiência ... Eu fico até meio... É difícil você falar isso. Você acaba se passando meio que por militante do parto humanizado e tal. Eu não curto muito isso não, tá? Não gosto muito disso, não. Mas, eu acho que quem escolhe passar por isso, quem estuda isso, é um caminho sem volta [...]. Mas eu procuraria esse tipo de assistência, por isso: por respeitar o parto como sendo da mulher, por ser um processo fisiológico. Para a mulher ser protagonista daquilo, e não o médico ou o hospital. Acho que isso é tão enraizado, principalmente na nossa cultura brasileira. Tanto é que minha mãe ficava falando: 'Nossa, você tá inventando essa moda de parir em casa' e eu falava assim: 'Moda? As mulheres, muito antes de mim, pariam em casa. Isso não é moda, isso é o normal', sabe? Tem uma corrente mais voltada para isso e eu me considero parte dela. Porque eu acho que muda muito. Acho que é uma experiência muito... até de autoconhecimento para as mulheres. E eu acho muito legal, muito importante. Mesmo aquelas que querem passar por isso e acabam precisando de uma cesárea, porque às vezes realmente você precisa, é indicada e salva a vida mesmo, acho que até para essas mulheres é uma experiência engrandecedora. Sei lá, eu recomendo."*

Ana considera que dessa vez, diferente das anteriores, ela não vislumbrava nenhum obstáculo para conseguir parir: ela já conhecia o sistema de saúde canadense e sabia como funcionava, além de ter "muita segurança, por já ter parido uma vez". Se houvesse algum impedimento, seria por algo excepcional, como a "bebê virar" ou um "problema médico" – algo que, por um lado, ela não acreditava ser possível, posto que se considerava uma pessoa "normal", "na média", sem "problema de saúde", e por outro lado, ela procurava não pensar muito nos perigos possíveis (e que aconteceram com pessoas próximas a ela), como forma de dissipar o medo:

> *"Eu não pensava muito nisso, não. Eu falava: "Eu sou uma pessoa normal, graças a Deus, não tenho problema de saúde, sempre tive, ali, na média, então vai dar tudo certo". Eu nunca pensei... Claro que, como eu tive uma cesárea anterior, eu tinha um risco de ruptura uterina, que é pequeno, mas existia. Mas eu nem pensava nisso: 'Nossa, é muito pequeno. Isso não vai acontecer comigo'. Mas depois, como eu fico perguntando muito essas coisas pra todo mundo que eu conheço, eu já ouvi dois casos de ruptura uterina com pessoas próximas a mim [...]. Mas eu não ficava pensando muito nisso,*

> *então... Dessa vez, eu achava que nada poderia me atrapalhar. Da minha segunda vez, eu tive dúvidas porque falavam que o meu problema era que eu não tinha dilatação, foi isso o que disseram no meu primeiro parto. No segundo, da minha segunda filha, eu ficava: 'Meu Deus, será? Será que eu vou conseguir? Será que meu corpo consegue mesmo?'. Eu tinha um pouco dessa dúvida, eu tinha um pouco desse medo. Mas no terceiro, eu tinha certeza de que eu conseguiria, então, não tinha medo de nada não."*

Ana aponta mais uma vez as diferenças entre Brasil e Canadá quando se escolhe "parir naturalmente" e, novamente, afirma a importância "ter conhecimento, para não ser presa fácil do sistema":

> *"No Brasil, você tem que lutar mais quando você quer um parto natural. Você tem que ter dinheiro para pagar uma equipe que esteja alinhada com as suas vontades e seus pensamentos. Você precisa investir uma grana. No Canadá, eu não tive essa preocupação. E eu vejo que, quando você não tem conhecimento, você cai no sistema fácil. Ou no sistema do plano, que é a cesárea, ou no sistema público, no SUS, que é um monte de violência em cima de você. Como você deixa uma mulher passar por um trabalho de parto sozinha? Isso não entra na minha cabeça. Isso é muito desrespeitoso. E quando você não tem conhecimento, você é presa fácil. Você tem que lutar, infelizmente. Você está em uma situação completamente vulnerável e você tem que lutar. E se você não tiver estudado antes, você não tem armas para lutar. Mas eu acho que, mesmo se eu estivesse no Brasil, eu não ia desistir fácil, não"*

APÊNDICE G – A história de Nat: essa aqui é "minha loteria"

Nat tem 30 anos, também é do Sudeste e é formada em Ciências Atuariais. Ela tem status de residente temporária no Canadá e mora há 3 anos em. Nat se autodeclara "Preta", e complementa: "*É que a minha certidão de nascimento diz que eu sou parda, mas eu não sou papel de pão, né?*". Ela é casada e tem uma filha que estava com apenas 23 dias de nascida no dia em que fizemos a primeira entrevista. Naquela ocasião, Nat estava de licença maternidade do trabalho que exercia em uma "fábrica de cannabis".

Nat fez o acompanhamento pré-natal com midwives e, para o nascimento, embora quisesse ter um "parto natural" domiciliar ou no *birth centre*, ela não pôde escolher nem o local e a forma como sua filha nasceria, nem os profissionais que a assistiriam nessa hora porque teve diabetes gestacional. Quando começaram a suspeitar que a bebê não estava crescendo como esperado, Nat disse que se sentiu como uma "bomba relógio", presa à contingência de que o parto aconteceria com hora marcada e local definido (induzido no hospital).

Essa foi a segunda gravidez de Nat e, diferente da primeira, foi planejada e muito desejada. Ela conta que em 2013, quando ainda vivia no Brasil, teve uma gravidez não planejada que "não foi para frente", tendo terminado em um aborto involuntário na 16ª semana gestação. Segundo Nat, ter vivido essa experiência despertou nela o "desejo de ser mãe" – algo que só se concretizou oito anos mais tarde, quando ela considerou que reunia algumas características, como atingir uma determinada faixa etária e estar casada, para tornar-se mãe:

> *"Eu não queria engravidar na minha primeira gestação, mas depois que eu perdi, eu falei, cara, isso foi a melhor experiência que eu vivi na minha vida. Eu me senti completa. E aí, eu falei assim: 'É isso o que eu quero viver. Eu preciso. Eu não posso passar por aqui sem viver essa experiência de novo. Então, enquanto eu não carregar meu filho no braço, eu não vou ser feliz'. Então, eu estava assim há anos, oito anos quase, pensando: 'Cara eu quero muito ser mãe. Eu preciso ser mãe. Eu quero ser mãe'. É óbvio que esse não era meu sonho quando eu tinha vinte e poucos anos. Mas eu falei: 'Cara, agora tenho 30 anos, sou casada com o homem da minha vida, estou num país que eu adoro e é isso, eu quero ser mãe'."*

Inicialmente, o marido de Nat estava um pouco resistente à ideia de ter filhos, porque, dentro do projeto do casal, era importante "esperar o PR para engravidar", isto é, conseguir a mudança de status migratório de residente temporário para residente permanente antes de iniciar "as tentativas". Mas, além do status migratório, Nat também ponderava sobre o fator idade ("quanto mais tarde, mais difícil") e do fator tamanho da prole, pois pretendia ter mais de um filho ("*30 não é muito, mas eu não quero ter um só*"). Assim, considerando que o tempo de espera para conseguir a almejada mudança de status poderia ser longo, associado ao fato de que ela queria ter o primeiro filho com no máximo 30 anos e que a gravidez poderia demorar para acontecer, eles decidiram não esperar mais o "PR" para iniciar as tentativas. Mas um fator complicador novo, relacionado à instabilidade econômica do casal, surgiu e quase interrompeu os planos de Nat: o marido perdeu o emprego no mês que eles decidiram engravidar. Mas, mesmo "no meio de uma pandemia", com o marido desempregado e em segredo, ela conta que eles não desistiram do "sonho de suas vidas":

> *"Quer saber? Vamos tentar com emprego ou sem emprego. Vamos tentar e a gente vê o que dá. Se der, deu. Se não der, não deu e segue procurando emprego. E a gente vai tentando. Vai que demora para a gente conseguir engravidar[...]. A gente ficou tentando sem emprego. Doido, né? Ele estava sem emprego e eu trabalhava. No meio de uma pandemia e a gente lá tentando. A gente não tinha nem coragem de falar para alguém que estava tentando engravidar com meu marido desempregado, no meio de uma pandemia. Mas era o sonho da nossa vida e a gente falou: vamos tentar."*

Nat disse que no início das tentativas eles *"[estavam] ficando desesperados, pensando que tinha que fazer tratamento",* porque demoraram alguns meses para conseguir engravidar. Eles chegaram a cogitar buscar o "tratamento de fertilidade" oferecido pelo sistema público de saúde da província de Ontário, mas não foi preciso porque ela engravidou no nono mês de tentativas.

Nat, que se descreve como uma pessoa metódica, narra como foram "as tentativas" até a concepção, incluindo os esquemas de testagem e de reconhecimento da "janela da ovulação" e as estratégias para conseguir encontrar com o marido para "fazer no dia certo" – tudo para "aumentar a chance de engravidar", algo que ela considerava ter baixa probabilidade de acontecer:

> *"Então, nas tentativas, eu queria ser o mais assertiva possível, porque eu sou metódica. E aí eu fazia testes de ovulação e sabia o dia*

> *certinho, porque a chance de você engravidar quando você faz tudo certo é de 25%. Então, se faz tudo certo, no dia certo, e ainda só tem 25% de chance de engravidar [...]. Aí eu fui e fazia esses testes todo mês. No mês que deu certo, eu tinha testado [...]. Eu testava a partir do 10º dia do ciclo, até o 15º [...]. No 13º dia, eu testei e não deu nada. Deu carinha piscante, que significa que está se aproximando a ovulação, mas ainda não rolou. Aí eu falei pra ele: 'Bem, ainda não é hoje. Vamos esperar. Mas eu acho que é amanhã, no máximo'. Porque eu também fazia aquela observação no Método Billings, que você fica vendo se a secreção tá elástica ou não. Falei assim: 'mas eu acho que é no máximo amanhã'. Aí, no dia seguinte, no 14º dia, esqueci de testar. Aí eu fiquei: 'Putz, será que eu vou perder? Será que era hoje? Vou perder o dia. Só no mês que vem. Mas tudo bem'. Aí no dia seguinte, no 15º dia, que era o último dia possível, eu fiz e deu que tava ovulando. Daí já mandei pro meu marido: 'É hoje, Ludmilla mandou avisar que é hoje!' [...] Ai eu falei: 'Acho que vou faltar no trabalho'. Só que eu nunca falto no trabalho, nunca, mas eu falei assim: 'É a chance que a gente tem. Então vamos lá, né?' [...]. Aí enfim, fizemos tudo que tínhamos que fazer."*

Passados alguns dias após "o dia certo", apesar de não estar com nenhum dos sintomas característicos de uma gravidez, Nat começou a pensar que poderia estar grávida. Ignorando a sugestão do marido para "esperar o atraso" para fazer o teste de gravidez, ela resolveu testar novamente 5 ou 6 dias antes da data esperada para a próxima menstruação, mesmo "depois de nove decepções" (todos os meses, além dos "testes de ovulação", ela também fazia "testes de gravidez" para saber se a concepção tinha acontecido).

Nat fala sobre a felicidade que sentiu quando "viu a linha" do teste de gravidez confirmando a gestação, dizendo que ganhou na "loteria". Ela conta também sobre as "frustrações" nos nove meses anteriores e sobre o "medo de perder" e preocupações e incertezas relacionadas com a manutenção do emprego (para poder ter direito à licença maternidade) e, sobretudo, com a segurança da gestação:

> *"A felicidade vem com aquele medo. Foi muito difícil engravidar. Muito difícil para o meu padrão. Eu tenho amigas que ficaram tentando cinco anos, três anos, dois anos. Mas, para o meu padrão, achei que ia ser soprei e engravidei. Para mim, nove meses foi difícil. Lidar com essa frustração por nove meses foi muito difícil. Aí veio aquele medo: 'Putz, e se eu perder? Porque eu acabei de descobrir', 'Eu conto para as pessoas?', 'E o meu trabalho, como vai ser?', porque eu trabalhava com cannabis em uma fábrica. Por mais que eu trabalhasse de boas, sentada, mas eu fiquei: 'Como que eu vou falar no meu trabalho?' Porque quando você trabalha em fábricas, você é extremamente descartável e aí eu pensei: eu preciso das horas para licença maternidade, então eu não posso contar agora que eu estou*

> *grávida, mas ao mesmo tempo eu preciso tomar um certo cuidado, porque a gravidez sem dúvida alguma é a minha prioridade."*

Inicialmente, Nat anunciou a gravidez apenas para os familiares mais próximos: sua mãe (que era a única pessoa que sabia que eles estavam tentando engravidar durante a pandemia, quando o marido estava desempregado), sua irmã e os sogros. Mas, ela ressalta que, ao contar a notícia de que "ganhou na loteria", fazia questão de pedir segredo, pelo menos, até completar doze semanas de gestação:

> *"Contei para minha mãe e para minha irmã, mas contei naquela: 'Gente, não fala para ninguém, pelo amor de Deus, porque eu não vou ter força de falar para outras pessoas que eu perdi. Deus me livre de acontecer alguma coisa'. E aí meu marido falou: 'Para minha família eu não quero falar. Vamos esperar". Mas, eu tava assim: cara, imagina a gente ganhar na Mega-Sena e não poder falar pra ninguém? Para mim, eu ganhei na Mega-Sena, entendeu? [...]. Então a gente já falou: 'Vai ser só com 12 semanas. E aí, se tiver coração e tudo der certo com 12 semanas, a gente conta para todo mundo', que é o prazo normal de contar para as pessoas."*

Nat conta que eles estavam muito ansiosos com a descoberta da gravidez e, como a primeira consulta de pré-natal, que seria por telefone, só aconteceria dentro de algumas semanas, ela ficou imaginando os "piores cenários possíveis":

> *"Eu fiquei, tipo, meu Deus do céu, eu não vou ter certeza de que tem um bebezinho mesmo, de que o coração está batendo, de que não é uma gravidez química, de que a gravidez está no lugar certo. Nossa, a cabeça já vai nos piores cenários possíveis. E eu só ia ter certeza com 12 semanas. E se tiver alguma coisa errada? Vou ficar vivendo de ilusão por 12 semanas, mas tudo bem."*

Assim, ela e o marido decidiram buscar uma clínica privada de ultrassonografias para fazer um exame o quanto antes, para "ouvir o coração do bebê". Nat conta que procurou na internet clínicas que faziam ultrassom particular e encontrou o perfil no *Instagram* de uma mulher que tinha feito uma ultrassonografia para descobrir o sexo do bebê. A clínica, segundo ela, oferecia diversos "pacotes de serviços", em que era possível de "ver o bebê" e gravar um áudio do som dos batimentos cardíacos do bebê (para colocar em um urso de pelúcia):

> *"Aí eu falei: 'Vamos fazer. Mas eu só quero ver mesmo, quero ver o coração. Se eu ouvir o coração, aí eu posso gritar para o mundo'.*

> *Então, marcamos e com 10 semanas a gente foi fazer esse exame. Pelo pré-natal seria com 12 e eu teria que estar sozinha. Então, duas semanas antes a gente ouviu o coração."*

Nat conta que, após fazer esse exame e saber que tinha "um coração" e que "estava tudo bem", eles decidiram antecipar o anúncio da gravidez. Assim, ela contou a novidade pelo Skype para a família estendida e amigos no Brasil:

> *"A gente queria muito comemorar com a família, mas com a pandemia, foi por Skype mesmo. E eu estava tão preocupada em manter a gravidez que, mesmo que eu pudesse viajar para contar que eu estava grávida, eu não ia viajar. Eu não vou arriscar essa criança de jeito nenhum, entendeu? Essa aqui é minha loteria."*

Em relação aos cuidados com a gravidez, Nat não fazia atividades físicas regularmente antes de engravidar e manteve esse comportamento, mesmo depois das "12 primeiras semanas mais delicadas": "agora que eu não vou fazer, porque vai que acontece alguma coisa", ela pensava. Durante a gravidez, ela, que sempre se considerou daquele "tipo de pessoa que pega da mão do meu marido", evitou fazer qualquer tipo de atividade que demandasse algum esforço físico, especialmente antes das doze primeiras semanas:

> *"Eu tinha medo de perder, porque as doze semanas são mais delicadas [...]. E eu pensava assim: não vou forçar, vou trabalhar normal, mas eu não vou fazer nada além disso. Vou até onde o meu corpo está acostumado a fazer, porque se eu engravidei assim acho que está seguro. Mas eu não queria fazer nada além disso. Nada que demandasse peso [...]. E a minha mãe, doida, dizia assim: 'Pelo amor de Deus, não faz nada. Toma cuidado com essa criança!' e eu: 'Mãe, está seguro. Eu estou me sentindo bem, está seguro'. Porque já tinha passado das 12 semanas. Mas antes disso, se caísse uma caneta, eu não pegava, ia ficar lá".*

Inicialmente, Nat disse que não tinha nenhum outro cuidado específico, além de "evitar carregar peso" e "tomar vitaminas pré-natais": "*Acho que não, só as vitaminas que eu tomava, as vitaminas pré-natais. A vitamina, assim que eu vi positivo, eu nem esperei a consulta, eu falei: vou tomar*", relatou no começo.

Depois, ela relembrou de algumas mudanças de hábitos, especialmente na alimentação. Nat relata que antes de engravidar quase nunca comprava frutas para sua casa, porque ela e o marido não comiam e "sempre estragava". Mas aí, quando engravidou, Nat

pensou: "agora eu vou comer tudo certinho” e passou a levar marmita para o trabalho com “um monte de coisinhas saudáveis”:

> *“Eu me preocupava muito, porque a minha alimentação... Talvez seja uma rotina, porque eu mudei a minha alimentação. Porque minha alimentação era terrível, terrível. Comia uma vez por dia e qualquer coisa, não levava marmita para o trabalho [...]. E aí, quando engravidei, pensei que eu precisava comer, porque eu tenho uma criança aqui dentro. Aí, eu almoçava em casa e aí fazia uma marmita com salada, com qualquer coisa que fosse nutritiva, ou frutinha. Comprava e levava banana para o trabalho. Eu acho que as pessoas olhavam e pensavam: ‘acho que ela quer emagrecer’, porque eu era gordinha, era bem mais gordinha.*
> *[...]*
> *Eu pensava: eu tô alimentando uma criança e ela precisa crescer e se desenvolver. E eu mandava foto da marmita para minha mãe e ela: ‘Nossa, que orgulho. Eu nunca vi você comer assim’.”*

Outra mudança de hábitos, foi no consumo de refrigerante que Nat tomava com bastante frequência. Ela conta que sua estratégia de restrição no consumo de Coca-Cola, como a substituição por outros tipos de refrigerante, não estava relacionada ao “açúcar”, e sim à “cafeína” presente nessa bebida. Assim, Nat preferia “evitar” o que era “evitável”, para não “se sentir culpada” pelos problemas que poderiam acontecer no futuro:

> *“Eu reduzi bastante a Coca-Cola. Eu tomava muita Coca-Cola, em toda refeição eu tomava Coca. E aí eu fiquei grávida e falei: ‘Vou reduzir a Coca-Cola, porque é abortiva’. A cafeína, na verdade, é abortiva. Tem pouca cafeína? Tem pouca cafeína. Mas é minha loteria, eu não vou arriscar. Aí, eu queria tomar menos e menos. Então eu comecei a tomar outros refrigerantes e tomava refrigerante limão.*
> *[...]*
> *Eu já tinha lido isso [que cafeína é abortivo]. Eu já tinha ouvido pessoas falando. E geralmente no Brasil, os médicos limitam a cafeína. E aí eu, apesar de não tomar café, eu sei que tem cafeína na Coca-Cola. Aí, eu fui e dei um Google, buscando a quantidade e tal. A Coca-Cola era muito baixo, perto da margem que poderia. Mas eu pensei: se eu posso evitar, eu vou evitar e evitar. Eu já perdi uma vez. Agora, não vou perder. Eu não quero perder e pensar assim: será que foi isso? Será que foi aquilo que eu fiz? Será que a culpa foi minha? Será que eu deveria ter evitado alguma coisa? Então, eu falei assim: ‘Se acontecer vai ser porque Deus quis, porque eu não vou dar margem para que isso aconteça’.”*

Nat conta que os cuidados se intensificaram a partir da segunda metade da gestação, quando ela "ficou diabética":

> *"No meio da gravidez, eu fiquei diabética e aí eu tive que mudar completamente a minha alimentação. E aí eu mudei completamente mesmo. Eu ganhei um cardápio com uma relação do que eu podia comer e o que eu não podia comer. E aí eu cortei completamente o açúcar. Eu não sou uma pessoa do doce, então eu tinha certeza de que eu nunca ia ficar diabética. Imagina... Mas, na minha gravidez, todos os resultados que podiam dar errado deram errado. Eu sou muito otimista e pensava: tá tudo bem, diabetes não é comigo, afinal eu nem como doce, não é mesmo? Mas obviamente eu tomava Coca antes de engravidar."*

Nat conta uma anedota[130] sobre as restrições alimentares que teve que adotar, devido à diabetes gestacional:

> *"Depois que eu descobri a diabetes gestacional, eu fiz tipo uma escolinha. Você vai lá e faz um curso com uma nutricionista, numa sala com um monte de grávida diabética. Aí você ganha do governo aquele aparelhinho que você mede a glicemia e já vem umas fitinhas, vem as agulhas. E aí você faz uma aula: A pessoa te ensina a furar seu dedinho, a medir. Aí mostra com um powerpoint horripilante tudo o que você pode comer e o que você não pode comer. Você fica lá por duas horas ouvindo aquilo e pensando: eu não posso comer nada. Elas colocam 2 slides com o que você pode comer e 40 com o que você não pode comer. Aí você fica assim pensando: eu vou sair daqui e passar fome. E a minha alimentação, a minha não, mas a alimentação do brasileiro de maneira geral é pautada no carboidrato. Você vai fazer comida, faz arroz, feijão e um bife, ou macarrão. O carboidrato é pelo menos a metade do prato. E aí você vai lá e descobre que pode comer um quarto de xícara de carboidrato por refeição. E o arroz, tinha um arroz certo para você. Tem os que são mais calóricos e os menos calóricos. E aí você pega aquele macarrão cozido e põe isso aqui numa xícara. E você pensa: não vale a pena nem sujar um prato, acho que eu vou comer no copo, porque não vale sujar o prato. Você coloca e dá uma tristeza... Parece um cabelinho, tem uns três fios e você fala: meu Deus."*

Depois, ela relata o impacto negativo dessas mudanças na sua vida cotidiana:

---

[130] Nesse momento da entrevista, eu não consegui conter o riso e precisei pedir desculpas à participante por estar rindo, não tanto pelo teor do que estava sendo dito, e sim pela forma engraçada como ela narrou a situação.

> *"Eu falei pro meu marido: 'Eu quero comer, porque eu tenho um bebê aqui e eu preciso comer. Mas eu não posso comer. Eu vou passar fome'. E faltavam três meses de gravidez ainda. E nesses meses ia ter Natal e o meu aniversário, que para mim são sagrados no sentido da comilança, né? Então, eu falei: 'Pô, é meu aniversário e eu não vou poder comer? Ou no Natal eu não vou poder comer? Meu Deus, que absurdo!'. E não podia comer nada. Do meio para frente da gravidez, por causa da diabetes, tudo mudou, tudo mudou, porque eu não podia comer nada. Ah, eu vou sair com meus amigos e não vou poder comer. Ai meu marido: 'Nossa, tô tão cansado. Vamos pedir alguma coisa?' Aí eu falei: 'Pedir o que? Eu não posso comer nada'. Aí a gente teve que fazer uma lista do que eu poderia comer e tudo o que eu podia comer eu tinha que tirar o pão. Aqui tem o A&W, uma rede de fast food que você pode trocar o pão por alface. Que coisa triste você pegar um hambúrguer com pão de alface... É muito triste, mas é o que tem, né? Aí era refrigerante zero. Eu odeio adoçante e tinha que tomar refrigerante zero."*

Mas fala também que, apesar de ter ficado "desolada" quando soube da diabetes e das mudanças alimentares que teria que adotar, valia a pena passar pelo "calvário" quando se passa o "risco de perder":

> *"Quando eu descobri a diabetes, eu fiquei desolada. O que vai ser da minha vida aqui? Os próximos três meses serão um calvário. Mas aí depois se acostuma, porque a barriga vai crescendo e você fica olhando assim. Começa a mexer cada vez mais. Aí você fica: 'Quer saber? Vale a pena. Vale a pena!'. Quando você enfrenta o risco de perder [...] depois dessa experiência, eu vou fazer qualquer coisa."*

Além do medo de passar novamente por um aborto, Nat comenta sobre os riscos de se tornar "uma gravidez de risco" por uma diabetes gestacional "descontrolada", isto é, aquela que não é controlada somente com a alimentação, sendo necessário "entrar na insulina", tais como: ter que parir no hospital, de forma induzida, sob os cuidados de médicos obstetras e não em casa, como era o seu desejo inicial, ou no birth centre, de forma natural, sob os cuidados de midwives:

> *"Se a dieta não resolver, tem que entrar na insulina. Aí se você entra na insulina, você muito provavelmente vai ter que induzir o parto. E a gravidez é uma gravidez de risco e você tem que ter no hospital. E eu falei: 'No hospital? No hospital, não. Eu não vou ter em um hospital [...] vou fazer qualquer coisa para não ter que ir para o hospital. Eu não quero ter no hospital'. E quando você tem que tomar insulina, você é considerada de risco. Então a minha midwife não ia poder mais me acompanhar e ia ter que me passar para um obstetra e eu*

> *tenho medo de médico. 'Não quero, nem ter com médico, nem no hospital. Eu quero continuar com a minha midwife. Eu vou fazer o que tiver que fazer na dieta', eu falava. Então, por isso que eu peguei bem minuciosamente na dieta, porque eu não queria entrar na insulina."*

Em relação ao consumo de substâncias, além das restrições de "cafeína", "açúcar" e "carboidrato", Nat conta que nunca consumiu "cannabis", nem tabaco, que começou a evitar o consumo regular de bebidas alcoólicas desde a época em que estava tentando engravidar, e que "parou total" quando "viu o positivo":

> *"Eu não consumia cannabis, nunca consumi, e também não fumo. Mas consumia álcool, então uma vez por semana eu tinha uma cerveja em casa ou tomava gin tônica. Mas eu vi o positivo e parei total. Aliás, quando eu estava tentando, nos nove meses tentando, eu não queria tomar álcool [...]. Só que era tanto negativo, que você fala assim: 'Quer saber? Dane-se'. Eu ficava [sem beber] entre a possível concepção e o negativo e pensava assim: meu corpo é um templo, não vou tomar álcool de jeito nenhum. Aí vinha o negativo e eu saía no final de semana para tomar uma cerveja com os amigos."*

Nat considera que a gestação, especialmente nos seus momentos iniciais, é muito "delicada", já que pode sofrer interferências externas, sejam elas boas ou ruins, como "fazer esforço físico, comer ou beber alguma coisa, ou uma substância que não pode". Nesse sentido, ela acreditava que tanto a cafeína quanto o álcool poderiam "fazer algum mal" e "atrapalhar" esse processo:

> *"De fazer algum mal. É um processo tão delicado, uma célula desse tamanho que precisa colar na parede do meu útero. É tão delicado, que qualquer coisa pode atrapalhar esse processo. Sei lá, fazer um esforço físico, comer ou beber alguma coisa, ou uma substância que não pode. Não quero atrapalhar de jeito nenhum. Se alguém me falasse que comer jiló ajuda a engravidar, eu comeria jiló todo dia. Qualquer coisa que falasse que vai ajudar, eu faria. Eu também não queria fazer nada que pudesse atrapalhar. E na minha cabeça, tanto o álcool quanto a cafeína poderiam atrapalhar."*

Nat considera que "informação é metade da batalha" e, por isso, ela disse que começou a pesquisar sobre parto desde a época da primeira gravidez, para se munir de informações para "saber tudo o que não queria" e, assim, tentar se proteger daquilo que ela chamou de "linha de violências":

> *"Eu acho que a informação é metade da batalha. Então, muito antes de engravidar, eu já pesquisava sobre tudo, sobre a via de parto, sobre trabalho de parto, as fases do trabalho de parto, absolutamente tudo. Eu tinha tanto medo de entrar nessa linha de violência, que eu falava assim: 'Eu preciso saber, eu preciso saber como é, eu preciso saber o que acontece, eu preciso saber de tudo o que acontece de ruim e de errado, para saber tudo o que eu não quero'. Então eu pesquisava tudo."*

Nat buscava se informar sobre vias e formas de nascimento, especialmente sobre "tudo o que acontece de ruim e de errado", para tentar romper com histórias de violências que vinham se repetindo em sua família, seja nos relatos de parto como nos de cesárea. Ela relembra a história de sua mãe, que aos 16 anos foi vítima de violência obstétrica.

> *"Minha mãe teve um parto normal. Ela tinha 16 anos quando teve o parto da minha irmã e a minha avó falava para ela não gritar. Ela estava com dor e não teve anestesia, era hospital público. Minha avó falava assim: 'Não grita. Se você gritar, eles vão te deixar por último'. Ai a minha mãe, segurando com dor, não gritava e mesmo assim eles deixaram a minha mãe por último [...]. E aí enfim, deixaram minha mãe sofrer, porque ela era muito nova e não queriam que ela voltasse no ano seguinte com um novo bebê."*

Nat conta que as histórias de parto violentos integravam os assuntos tradados na sua casa, e tanto ela como a irmã, esperando escapar dessas violências, desejavam ter seus filhos por meio de cesáreas (assim como acontece com muitas mulheres, que encaram a via cirúrgica como alternativa para escapar ou, ao menos, reduzir os danos causados pela violência que acontece durante o trabalho de parto):

> *"E a minha mãe sempre contou essa história pra gente. Parto, na minha casa, era um assunto. Na minha casa, por exemplo, não se falava de sexo, mas parto sempre foi um assunto. Então, a gente já sabia dessa experiência da minha mãe. Então, eu ficava pensando assim: "Meu, cesárea é o que há". E minha irmã também, ela tinha muito medo de sentir dor, então ela falou que ia ser cesárea com certeza. E no fim ela fez uma cesárea extremamente dolorida, porque ela quebrou as costelas, o médico foi terrível e ela ouviu coisas que ela não queria ouvir."*

Nat relata que, na mesma época em que engravidou, sua irmã também estava grávida e que ela sofreu diversas violências durante o nascimento do filho. Ela disse que naquela época

achava que a opcão da irmã pela via cirurgica era “conveniente” e “super ok”, pois “estamos em 2013 e a gente tem que usar o que a medicina tem”. Mas ela pondera que sua irmã passou por uma “cesárea muito violenta”: durante a cirurgia, o médico teria feito comentários negativos sobre seu corpo e suas tatuagens e teria sido o responsável por “salvar o bebê” e pelas costelas quebradas da irmã, em decorrência da realização de uma manobra de Kristeller:

> *“Eles fizeram uma manobra que já caiu em desuso há muito tempo e não deveria ser feita e, nessa manobra, ela quebrou duas costelas da minha irmã, num parto cesárea. E enfim, minha irmã saiu dessa cesárea e o bebê nasceu e o médico ‘salvou o bebê’. Imagina, o bebê nasceu saudável, maravilhoso, né? Aí você até esquece esse tipo de coisa. E aí minha irmã foi para o quarto, até pela inexperiência de todo o mundo, tanto da minha irmã, que era o primeiro filho, quanto da família inteira, porque ninguém nunca tinha visto uma cesárea.”*

Nat conta que após a experiência da irmã, ela descobriu o que era “violência obstétrica” - um tipo de violência que ela descreveu como “uma violência perfeita, construída para você não ter como sair dela, porque você está dependendo daquela pessoa”:

> *“Foi em 2013, foi exatamente o ano em que eu perdi o meu bebê. Então eu fiquei pensando: gente, eu não quero passar por isso não. Isso que a minha irmã passou é violento, é violento. E foi a primeira vez que eu fui pesquisar no Google “violência obstétrica”. Eu coloquei: quebrar a costela em trabalho de parto, algo assim, e aí eu fiquei sabendo da manobra de Kristeller. E aí vai e você entra num buraco que só não tem esperança, sabe? É uma atrás da outra. E você começa a ver relatos de violências terríveis, terríveis. E aí eu vi o documentário do Renascimento do Parto anos depois. E aí você fica pensando: cara, eu não posso entrar nesse sistema. Se eu entrar nesse sistema, eu não consigo sair. É uma violência perfeita, construída para você não ter como sair dela, porque você está dependendo daquela pessoa. Você está naquela posição de dependência, então você pensa assim: se eu falar que eu não quero alguma coisa, eles não vão me tratar bem.”*

Assim, a partir da experiência de sua irmã, uma “experiência próxima” de violência obstétrica em cesárea, Nat “começou a estudar”. Com isso, ela ficou sabendo não só que esse tipo de problema também acontece durante uma cirurgia, mas também que ela “estava no lugar errado”, pois no Brasil “o sistema é preparado para os médicos agirem em função da própria agenda”:

> *"Talvez eu tivesse uma visão muito leiga, mas eu pensava assim: você entra numa máquina por lado, com a barriga, e sai dessa máquina pelo outro lado, com o bebê no braço. Então você entra lá e vai fazer a cirurgia e acabou. Não tinha como ser violento, era uma cirurgia, impessoal. Nunca imaginei, por exemplo, que o médico poderia ficar fazendo uns comentários esdrúxulos. Quando você vai pesquisar, quando fui ver o Renascimento do Parto, por exemplo, tem médico está comentando sobre futebol, ou poderia estar comentando sobre política*
> *[...]*
> *Eu não imaginava o que podia acontecer dentro da sala de cirurgia. E aí quando você vê um negócio tão chocante assim, minha irmã saiu machucada, uma mulher subiu nela e eu fiquei assim 'Não, não é possível, não é possível'. Aí você começa a estudar e é complicado, porque você começa a ver que você também está no lugar errado, porque o Brasil tem uma taxa de cesárea muito alta. E quais são as razões da cesárea? Boa parte é conveniência. [...] O sistema, ele é preparado para aquele médico agir em função da agenda dele, porque ele vai ganhar uma miséria. Então assim, ele vai ficar, ele vai perder 12 horas acompanhando um parto normal? Ou ele vai fazer uma cesárea que vai demorar 40 minutos? [...] Então, o sistema também colabora para que ele queira priorizar a agenda dele, ainda que ele tenha feito um juramento e tenha todo um código de ética que ele deveria cumprir em detrimento da agenda dele, mas..."*

Nat considera que no Brasil se fala pouco sobre gestação, parto e puerpério – "acontecimentos absolutamente naturais e fisiológicos", como "fazer coco e xixi", ela compara. Para Nat, de modo geral, as mulheres só buscam informação sobre o tema para "sanar o medo", isto é, quando já estão grávidas e possivelmente "fragilizadas" e "tomadas pelo medo", com muitas inseguranças em relação ao desenrolar da gestação:

> *"Eu acho que no Brasil você não tem informação, não se fala de parto. Algumas famílias podem até falar de sexo, mas não falam de parto. Talvez na escola ou com as suas amigas, na adolescência, você tenha falado sobre sexo, mas você nunca falou de parto. Então assim, o parto é um acontecimento absolutamente natural que ninguém fala. Ele é fisiológico, é que nem fazer coco e xixi, mas ninguém fala. E aí quando você vai pesquisar sobre parto, você já está grávida. E aí tudo o que você vai pesquisar sobre parto é o que vai sanar o seu medo. Eu tenho medo de alguma coisa acontecer, eu quero que esse bebê nasça bem, que ele sobreviva. O que é mais seguro? Aí, você vai achar na internet que a cesárea é mais segura. Mas é mais seguro? Qual é o risco de infecção num ambiente domiciliar e no ambiente hospitalar? Qual é o risco de intervenção num hospital e numa casa de parto? É complicado, porque quando você vai pesquisar, você já está fragilizada, porque você está tomada pelo medo. O medo de perder, a vontade de que aquela criança nasça com tudo bem, sabe? Então*

> *assim, você não pode pesquisar quando você já está com medo. É por isso que eu pesquisava muito antes de engravidar, porque, como eu falei, quando eu vi o positivo, eu emburreci. Você fica assim tomada pela insegurança, o medo, o que vai acontecer, nada pode dar errado, foi muito difícil chegar até aqui. Eu só quero que tudo saia bem. Então tem que pesquisar antes. Mas, no Brasil, a gente não fala sobre parto."*

Nat pondera que, embora seja importante buscar informação para conhecer o processo, as mulheres não deveriam ser as únicas responsáveis por "ter que estudar" porque, "o sistema não deveria agir dessa maneira" e "a sociedade deveria como um todo falar sobre isso":

> *"A informação é muito importante, mas eu acho que de maneira alguma você pode responsabilizar aquela mulher. Como eu falei, quando ela vai pesquisar e ela já está dentro do sentimento do medo depois do positivo, ela não vai nem conseguir interpretar bem ou achar as informações necessárias e a culpa não é dela. Ela não deveria nem ter que buscar essas informações, porque na verdade o sistema não deveria agir dessa maneira. A sociedade devia como um todo falar sobre isso. Você não precisaria estudar [...]. O problema é que a sociedade não fala. Então, o tabu que a sociedade faz acaba incumbido naquela mulher a obrigação de estudar, porque ou você estuda ou você vai sofrer. Não deveria ser assim. Você não deveria sofrer em instância alguma.*
> *[...]*
> *É aquela violência perfeita. Tipo assim, a pessoa pode ir sabendo, mas se ela cair no sistema, ela não tem alternativa. Ela não pode ofender aquele médico, porque só tem aquele médico para fazer aquele parto. E ela nem pode sair do hospital. Se ela está em trabalho de parto, o médico tem que autorizar a saída dela para outro hospital. Então assim, o sistema é todo desenhado e não é só informação. Existe o fator sorte que não deveria existir."*

Nat conta que, além das histórias de parto e experiências de pessoas próximas a ela, o documentário Renascimento do Parto foi outra importante fonte de informações. A partir do filme, ela iniciou uma pesquisa no Google pelos profissionais que apareciam no documentário e "o ramo foi abrindo", até chegar a diversos artigos científicos, vídeos e entrevistas, publicados por esses e por outros profissionais. Nat disse também que "criou a própria bolha" nas redes sociais Instagram e TikTok ao acompanhar perfis "que tivessem algo a agregar", isto é, "que defendem e acreditam no parto normal" e outras questões relativas à gestação,

parto e puerpério, e não de médicos como Renato Kalil[131]. Nat fala que esses perfis eram em sua grande maioria de especialistas brasileiros, como o da médica Dra. Jannuzzi e o da doula Priscilla Guedes, e que nenhum era do Canadá. Para ela, esses perfis traziam, em sua opinião, informações que funcionam como "ferramentas" para lidar com "o sistema" e, assim, não ser enganada:

> *"Nas minhas redes sociais eu comecei a buscar pessoas que tivessem algo a agregar. Mas obviamente a gente cria nossa própria bolha, né? Eu nunca segui lá o Renato Kalil para ver a opinião dele sobre isso. Eu segui muitas doulas, ginecologistas e obstetras que defendem e acreditam no parto normal. [...] por exemplo, eu sigo uma doula que é advogada e doula. E ela fala muito sobre o direito que não se aplica tanto aqui, se aplica muito mais no Brasil, como qual é a lei que garante o acompanhante, qual é a lei que te garante o direito à anestesia e tudo. E eu fico pensando que, cara, isso é muito… pô, isso é ouro! [...] Então acho muito interessante. Apesar de eu não estar no Brasil, eu acho interessante que alguém compartilha essas informações, que te dá essa ferramenta, entendeu? Porque se você não sabe o seu direito, muito provavelmente você vai ser enganado."*

Nat conta que, embora tivesse pesquisado muito antes de engravidar, "emburreceu quando viu o positivo", isto é, inicialmente ela se sentiu perdida, desorientada sobre como proceder em relação à gravidez. Como não tinha médico de família, Nat buscou na internet por midwives que atendessem próximo à sua residência. Nat se registrou em duas "clínicas de midwives" e aguardou até que uma delas entrasse em contato para iniciar o acompanhamento pré-natal, o que só ocorreu por volta da 12ª semana de gestação. Nat se surpreendeu positivamente quando descobriu que "o time" com o qual faria o pré-natal era "referência em famílias diversas", acolhendo não só "casais gestantes" que vivem na região, como também "famílias com qualquer situação atípica" de outras partes da cidade:

> *"Era um time. Inclusive, a gente estava falando que não são só mulheres que engravidam, né? A clínica das minhas midwives é referência em famílias diversas [...]. Aí, me registrei e eu podia fazer um Zoom inaugural, onde eles iam passar informações de como era acompanhamento. Aí fiz e acho que, de uns 15 casais, tinham dois casais heterossexuais. E aí eles estavam explicando que eles*

[131] Médico ginecologista e obstetra de "celebridades brasileiras", que foi acusado por ter cometido violência obstétrica, incialmente, contra a "influenciadora digital" Shantal Verdelho e, posteriormente, quando esse caso ganhou repercussão nacional e internacional, também foi acusado de "violência sexual e obstétrica" por outras mulheres que também foram atendidas por ele.

> *acolhem... Porque aqui, geralmente, se faz por região. Você faz com o mais próximo da sua casa. Mas, se você é uma família diversa ou qualquer outra situação atípica, você pode sair do outro lado da cidade para ser atendida aqui, porque é um ambiente acolhedor. Eu achei muito legal, muito legal. E no meu grupo dessa aula inaugural, tinha um casal homossexual masculino com barriga de aluguel. Meu, tinha de tudo."*

Nat conta que, durante os encontros pré-natais, ela fez amizade com um homem trans que estava grávido e era casado com um homem cis. Ela relembra dos relatos que o amigo fazia sobre algumas especificidades de ser um homem grávido no Canada e as dificuldades de lidar com as mudanças corporais e com as expectativas sociais acerca de corpos que gestam:

> *"Eu tenho um amigo que está grávido agora. Ele deve estar com por volta de 31 ou 32 semanas. A gente fez amizade, porque ele também ficou diabético e a gente passava no médico da diabetes juntos. E ele falava assim: 'Cara, eu não consigo falar com ninguém. Não consigo falar nem com meu marido, porque é muito estranho, entendeu. Meu marido é cisgênero e ele não entende o que é ficar grávido. É muito estranho eu andar na rua como um homem, só que eu tenho essa barriga e eu me sinto muito mal, porque eu sinto o bebê, e eu nunca me senti tão mulher quanto eu estou me sentindo agora. Então assim, meu peito tá doendo e o bebê tá mexendo, e eu não sei exatamente como lidar. É muito estranho, para mim, falar no meu trabalho, por exemplo, que eu estou enjoado, porque eu tô grávido'.*
> *[...]*
> *"A sociedade já não vê, porque a sociedade poderia ver ele no ponto de ônibus e pensar assim: 'olha, ele está grávido'. Mas não, não vai acontecer. Vai olhar e vai pensar que é uma barriga de chopp. Mas ele também não vai se mostrar, porque ele sabe que a sociedade não está preparada para isso."*
> *[...]*
> *"Mas ele surpreendeu positivamente lá no negócio da diabetes, porque a gente estava esperando numa fila e só tinha mulheres, visualmente, só mulheres. E aí ele sentou lá e ninguém o abordou e perguntou se ele estava acompanhando alguém [...] E aí o médico que chamava lá falou assim: 'senhora [nome do amigo], e ele se levantou e falou: 'é senhor'. Depois desse dia, ele sempre falava senhor. Eu achei maravilhoso, porque o médico nunca mais se confundiu [...]. Eu Achei isso fantástico e ele falou também que se surpreendeu, porque ninguém nunca trocou, nem quando ele ia lá na midwife, nem no médico da diabetes ou até no hospital para fazer algum exame."*

Sobre a experiência de atendimento com o "time de midwives", Nat conta que mantinha um caderno onde anotava suas dúvidas e achava "fantástico" que, embora as consultas não fossem tão frequentes como gostaria, ela tinha a possibilidade de resolver todas

as inquietações que surgissem entre as consultas, porque "as midwives são super acolhedoras" e agiam como se todas as perguntas fossem importantes. Outro ponto que Nat considerava positivo era o fato de que ela teve a oportunidade de conhecer e de "criar um relacionamento" com as midwives, isto é, ela passou por consultas com as 3 midwives que formavam o "seu time", e as midwives "sabiam de tudo o que estava no seu papel", estando inteiradas das informações relativas ao seu caso e preparadas para assisti-la tanto nas consultas de rotina como no dia do parto:

> *"Se eu não tivesse nenhuma dúvida, podia durar 15 minutos. Mas se eu quisesse conversar, ia durar uma hora. Eu achava isso fantástico, porque eu não tinha medo de fazer uma pergunta estúpida e a pessoa ficar: 'tá, era isso?' [...] Isso nunca aconteceu na midwife. Elas são super acolhedoras. Nenhuma pergunta, não é válida. Se você está com dúvida, é uma pergunta importante. Enfim, eu acho que o atendimento lá é muito bom. [...] É um relacionamento mesmo. Você não precisa ver aquela mesma cara toda vez. Você sabe que na próxima consulta pode ser outra pessoa, mas ela vai saber de tudo o que está lá no seu papel [...] por exemplo, se você tem diabetes ou que você fez o seu último exame e não deu muito legal."*

Além de acolhedoras e preparadas, Nat relata que as midwives também "tinham muita sensibilidade" na forma de comunicar o resultado de exames, principalmente quando eles "não davam muito bons":

> *"E eu percebi que as minhas midwives tinham muita sensibilidade em relação a isso. O exame não deu muito bom. Aqui eles só ligam se o exame deu ruim. Eles não te ligam para dar boas notícias, então eles são 'no news, good news'. E então eu estava sempre esperando que ninguém me ligasse. Só que no meu caso sempre ligavam, sempre ligavam, para tudo ligavam. Mas elas falavam com muita sensibilidade.*
> *[...]*
> *E chegando lá, ela com o exame na mão, que não é uma coisa que eles fazem. Você não vê os seus exames. Mas ela estava com o exame na mão e falou assim: 'olha, a gente vai ler junto o laudo do seu exame. Eu quero ter certeza de que você entendeu o que está acontecendo. E eu não vou falar para você que não se preocupe. Eu vou ler exatamente o que está acontecendo'. E ela leu comigo, e eu estava meio anestesiada, porque na verdade eu já estava sentindo que não ia dar bom [...]. E ela: 'Você entendeu o que está acontecendo mesmo? Você sabe a gravidade do que está acontecendo?' e eu: 'Sim, eu entendi. Estou assim só porque eu já sabia que isso ia acontecer. Mas eu estou bem e estou entendendo, fica tranquila'."*

Em relação aos exames realizados durante o pré-natal, Nat relata que, com exceção da pressão arterial que se mantinha "boa", todos os outros resultados não estavam dentro do esperado, como o já mencionado "exame de diabetes gestacional" que "deu positivo" por volta da vigésima quinta semana de gestação. A intensificação dos cuidados pré-natais em decorrência da diabetes, além de incluir uma dieta restritiva e o controle do peso, implicou também na realização de mais exames, como os testes diários para medir glicemia e, especialmente, ultrassonografias semanais para monitorar o desenvolvimento do feto que estava em uma "faixa de risco":

> *"Quando engravidei, eu pesava 91 quilos. E aí durante toda a gravidez eu perdi peso, perdi peso, perdi peso. E aí veio a diabetes e despencou. Eu perdia pelo menos um quilo por semana, porque a minha alimentação mudou demais. Eu não passava fome, mas a minha alimentação mudou demais. Então, no final da gravidez, o bebê está crescendo, então ele pega mais do que você come, mais calorias. E eu tinha um limite de calorias, eu não podia exceder aquilo, então ele estava pegando de mim, do que eu tinha, né? E aí meu peso estava caindo muito e eu senti que a minha barriga não estava crescendo [...] E eu pensava assim: a minha baby não chuta minha costela, eu tenho certeza de que ela não cresceu [...]E de fato ela não estava. Até teve um exame, um dos últimos exames, que o percentil da minha bebê caiu muito. O percentil dela era de 50 e aí foi para 30 e depois foi para 12. E antes de saber que tinha ido para 12, eu falei para meu marido: 'Não cresceu, estou sentindo que não cresceu'. E se ela caísse mais, a partir de 10, ela entrava num bebê de risco [...] como ela estava já nessa faixa de risco, eu precisei fazer toda semana um ultrassom e outros exames para ter certeza de que ela estava bem."*

Como "aqui eles não falam nada" durante a realização dos exames (em especial, as ultrassonografias), Nat ficava tentando "decifrar" o que estava acontecendo a partir da observação da fisionomia da pessoa responsável por fazer o exame:

> *"E aí eu fui fazer ultrassom e no ultrassom aqui eles não falam nada, né? A pessoa do ultrassom só faz o ultrassom e manda o resultado pro médico ou pra midwife. E aí no último ultrassom, ela olhou o ultrassom e a feição dela mudou completamente. Ela ficou super séria. Ela ficou quase uma hora fazendo um ultrassom super minucioso [...]. Aí ela falou assim: 'Quando é sua consulta?' e eu falei pra ela: 'Daqui dois dias'. Ela falou: 'Tá bom, então eu vou tentar mandar o resultado pra ela com urgência, para você conversar com ela na próxima consulta'. Aí eu pensei: não deu bom."*

Próximo ao fim da gravidez, Nat passou a fazer esses exames de ultrassom para avaliar as condições de crescimento da filha dentro da barriga, que poderia ter o nascimento adiantado "se qualquer coisa desse errado" nas últimas semanas de gestação. Ela fala da agonia que sentia por ter que esperar a midwife ligar para dizer o resultado, e que começou a se sentir como uma "bomba relógio":

> *"Como estava caindo muito o percentil dela, isso foi dia 13 de dezembro, ela falou: 'Olha, a sua próxima consulta é dia 29 de dezembro. Se tudo correr bem, a gente vai fazer um ultrassom por semana e um cardiotoco por semana, até o dia 29. Se tudo correr bem até o dia 29, dia 29 a gente conversa sobre indução. Se qualquer coisa der errado no meio desse caminho, a gente vai interromper a gravidez imediatamente, porque no último mês de gravidez ela não cresceu nada, nada, nem um grama. Não é benéfico ela ficar aí dentro, porque ela não está crescendo. Se ela sair, ela tem a chance de crescer. Dentro, ela não tem.' [...]. Então eu comecei a me sentir uma bomba relógio, porque toda semana eu ia fazer o exame, ia fazer o cardiotoco e fazia ultrassom. E o ultrassom tem essa agonia de fazer e a pessoa não falar nada para você. E você tem que ficar esperando a midwife te ligar."*
> *[...]*
> *Aí eu fiz o ultrassom no dia 23 de dezembro. Eu também tava naquela linha de: "Eu sei que ela não cresceu. Eu estou sentindo. Ela não cresceu". Só que agora a margem de erro era muito baixa, porque ela estava em 12 e ela não podia descer para menos de 10, senão a gente ia ter que interromper a gravidez.*
> *[...]*
> *Fui fazer dia 23 esse exame já sabendo que a chance é muito baixa de ela não ter caído, mas tudo bem. Fui lá, fiz a ultrassom com a mesma moça. Ela me viu de novo e disse: 'Vou mandar com urgência esse resultado de novo pra você poder ver, porque a gente vai estar fechado semana que vem'. Aí dia 24, véspera de Natal, ninguém me ligou. Dia 25 também não me ligaram. Só que aí fica aquela dúvida: não me ligaram porque é Natal ou não me ligaram porque está tudo bem? E no dia 26 de manhã eu comecei a sentir dor..."*[132]

Nat considera importante realizar os "exames cruciais", isto é, aqueles que são realmente indispensáveis, não em excesso. Apesar de reconhecer que o ultrassom, por exemplo, pode "trazer conforto" para algumas pessoas, ela disse que não sentia necessidade

---

[132] Nesse momento da entrevista, que já durava mais de duas horas, Nat começa a contar sobre o parto. Como ela se mostrava muito conversadora/eloquente e falava rápido, eu tive que interromper a sua fala para não "perder o fio da meada", pois, além de este ser o tema do próximo encontro, eu ainda tinha dois tópicos para abordar (um dois quais, sobre os impactos da pandemia, não deu tempo de perguntar, porque a entrevista se estendeu demais).

de fazer tantos, porque esse exame "não é uma janelinha, um date", um momento para "encontrar com o filho e ver que está tudo bem". Nat acredita que se algo de ruim acontecesse, "se alguma coisa estiver fora", antes, ela sentiria alguma dor ou desconforto e, nesse caso, poderia buscar ajuda:

> *"Eu acho que é importante fazer exames cruciais. Eu não acho importante você fazer 10 ultrassons em 40 semanas. Você não precisa fazer tudo isso. Não acho. Para mim o ultrassom não é uma janelinha, um date: eu vou abrir e vou ver meu filho. Eu, particularmente, acho que não tem essa necessidade. [...] Eu não preciso ver. Eu estou sentindo o bebê, está dentro de mim, está tudo bem, entendeu? Se alguma coisa tiver fora, se eu parar de sentir, ou se sentir uma dor, eu vou pro hospital e a gente vai descobrir o que está acontecendo. Mas eu não tenho essa necessidade, essa saudade de ficar: 'Ah, mas eu queria só ver se está tudo bem'. Tá tudo bem. Se não está ruim, tá bem. Se estiver ruim, eu vou saber, ou ela vai parar de mexer ou eu vou sentir alguma dor ou desconforto. Eu não tenho isso."*

No entanto, Nat fez mais exames do que o previsto no calendário de pré-natal da província de Ontário: um no início da gravidez, que seria opcional e ela pagou para fazer, com 12 semanas, "que é a transluscência nucal", com 20 semanas, "que é o morfológico". Além desses, ela relata ter feito vários outros exames durante a gravidez: "*Como quem tem diabetes é melhor fazer mais ultrassom, aí eu fui fazendo mais ultrassons. Aí começou a cair o percentil. E assim foi. Então, eu fiz bem mais ultrassons*", ela comentou.

Nat não considera que seja necessário fazer muitos exames se não houver "indicação real" e disse ter dúvidas se, no seu caso, era realmente imprescindível ter feito tantos ultrassons. Ela disse que acabou fazendo muito mais exames durante a gravidez "por segurança" das midwives, que não poderiam acompanhar gestações ou partos "de risco". Em situações desse tipo, de "bandeira vermelha", elas teriam que transferir a assistência para um obstetra o quanto antes. No caso da gravidez de Nat, as midwives estariam adotando um posicionamento que ela avaliou como "bem conservador":

> *"Não acho necessário fazer tanto ultrassom assim, se não há necessidade. Nem acho que no meu caso tinha tanta necessidade assim, mas acabei fazendo por segurança. Acho que o profissional tenta minimizar o risco. Principalmente uma midwife, que não pode fazer um parto com risco, então ela precisa ter absoluta certeza que a sua gestação está indo bem. Porque na primeira bandeira vermelha, ela tem que te passar para um obstetra. Então, acho que as minhas midwives estavam bem conservadoras em relação a isso. Vamos fazer*

> *mais exames e mais exames, porque se você tiver que ir para um obstetra, quanto mais cedo te passar para um obstetra, melhor. [...] E então acabei fazendo muitos exames. Mas não acho que seja necessário fazer tantos exames assim, se não há indicação real para isso."*

Seguindo nessa esteira, Nat comenta sobre um tipo de exame que achou desnecessário fazer:

> *"Eu acho que eu não precisava ter feito o cardiotoco. Eu fiz o que eles chamam de Stress Test [hipótese]: você faz uma visita ao hospital uma ou duas vezes por semana, coloca o cardiotoco lá e fica monitorando por uma hora, mais ou menos. Pode ser mais ou menos dependendo da atividade do bebê. Se o bebê está se mexendo, você aperta o botãozinho para falar que se mexeu. E a frequência cardíaca dele está sendo monitorada constantemente. Eu acho... primeiro, estamos numa pandemia. Uma exposição desnecessária eu ir no hospital para isso. E segundo, meu bebê mexia o tempo todo. Então, eu sei que o meu bebê está se mexendo, eu sei que está tudo bem, que ele está ali. Então, eu acho que seria mais ok para mim se me falasse assim: 'olha, se o bebê parar de mexer ou se você não sentir mexer por X tempo, vai pro hospital e aí a gente monitora'. E não ter que fazer visitas programadas só para eles monitorarem isso. Tive que fazer durante três semanas."*

Mas, por fim, ela também fala sobre um "exame opcional" e que gostaria de ter feito no Brasil se tivesse tido a oportunidade: um "exame de sexagem", para ter certeza do sexo do bebê, porque ela tinha muito medo de errarem o sexo no exame de ultrassom:

> *"Ah, se eu estivesse no Brasil, eu teria feito para saber o sexo. Porque eu tinha um medo da pessoa que fez a ultrassom falar errado, porque dá aquela expectativa. Porque eu e meu marido a gente já tinha o nome. E eu tinha muita ansiedade para chamar meu bebê pelo nome. E aí eu ficava pensando: "Essas histórias, a pessoa vai lá e fala menino e aí nasce menina. Eu vou ficar doida". Porque a hora que me falar é um menino ou uma menina, eu vou começar a chamar aquela criança pelo nome e aí, se nascer outra criança, é como se tivessem arrancado a primeira de mim, porque eu já construí a primeira na minha cabeça. Então, eu tinha muito medo de falarem errado o sexo do bebê. Então, se eu estivesse no Brasil, faria sexagem. Eu confio mais num exame de sexagem do que no ultrassom, que parece uma TV quebrada."*

O planejamento para o nascimento da filha de Nat foi construído ao longo das consultas de pré-natais, como um "dever de casa" orientado pelas midwives, "para no dia já

estar tudo certo". Nat conta que fez dois planos de parto. Por solicitação da midwife, preencheu um formulário "padrão" de admissão do hospital, no qual ela deveria "ticar" o que queria e o que não queria durante a assistência ao parto, caso o nascimento acontecesse lá (o que não era o desejo inicial de Nat). Ela também criou o seu próprio plano de parto, no qual ela estava mais livre para escrever sobre os procedimentos que ela gostaria que fossem realizados, porque eram "ok" e a deixava "confortável", e aqueles que ela não queria, porque "não considerava ok":

> *"Fiz o hospital e fiz o meu mesmo com o que eu queria e o que eu não queria, quais os procedimentos que eu considero ok e os que eu não considero. E aí fiz tudo bonitinho e levei na consulta seguinte, que foi justamente a consulta que ela me deu a notícia de que ela estava com o percentil 12. Depois de todas as notícias, ela falou assim: 'Agora vamos falar de parto?'."*

Inicialmente, Nat gostaria de parir em casa, mas como não poderia mais fazer um parto domiciliar por causa da diabetes gestacional, ela começou a cogitar a possibilidade de o parto acontecer na casa de parto. No entanto, com o passar da gestação, com a realização dos exames e com a informação de que a filha "estava com o percentil 12", Nat se viu sem opção, porque aquilo que estava se desenhando para acontecer no nascimento da menina já estava fora do seu plano de parto: "se der tudo bem, induz" ou "se não der tudo bem, interrompe". Ela voltou a repetir: "Eu sou uma bomba relógio!", posto que, de uma forma ou outra, o parto aconteceria dentro de determinado local (no hospital), prazo (quando completasse 38 semanas) e condição ("induzido" ou "interrompido"), independente do que ela desejava, pois, ao que parece, não havia mais nenhum "benefício" em manter a gestação porque a bebê não estava crescendo e se desenvolvendo. Assim, Nat teve que confiar na assistência das midwives e decidiu que a partir daquele momento não gostaria mais falar sobre o planejamento para o parto:

> *"Aí eu falei assim: 'vamos não, vamos não, deixa pra lá', porque eu fiquei… a partir daquele momento que ela falou 'se der tudo bem, a gente vai induzir', o que já era fora do meu plano de parto, 'se não der tudo bem nas próximas semanas, nos próximos exames, a gente vai interromper a gravidez'. Ou seja, eu não tenho opção, entendeu? Eu sou uma bomba relógio! Aí eu entreguei o papel para ela que estava dizendo tudo, mas falei para ela que eu não queria discutir, que eu estava confiando, que o que tivesse que ser, ia ser."*

Nat foi a única participante da pesquisa que citou a Organização Mundial da Saúde ao falar que não queria que algumas “intervenções de rotina” fossem realizadas, porque não seriam mais recomendadas pela OMS, tais como: “episiotomia”, “puxo dirigido”, “estourar a bolsa”, “ocitocina sintética” e, principalmente, que “não oferecessem anestesia”. Nat conta que “tinha muita certeza do que queria e do que não queria” e que, em relação à anestesia, ela disse que solicitaria quando “precisasse desesperadamente”, pois, à princípio, estava disposta a usar “métodos para alívio da dor”, como água, massagens e “gás do riso”:

> *“A episiotomia não é rotina aqui, mas eu quis deixar claro que eu não queria. Então, eu não queria episiotomia, eu não queria que estourassem a minha bolsa e eu não queria o puxo dirigido, que é quando a pessoa fica "empurra, empurra, empurra", eu não queria isso. Eu não queria pôr a mão nela quando a cabeça estivesse saindo. Aqui eles dão a opção de você por um espelho para ver a cabeça. Eu só queria que ela saísse. E eu não queria isso também. Eu também não queria ocitocina.*
> *[...]*
> *Eu não queria episiotomia, porque na minha opinião não é necessário. Eu concordo com a OMS que não é recomendado de rotina. Existem casos específicos e, se fosse necessário, seria discutido na hora, mas que, de rotina, eu não queria. E estourar a bolsa, porque eu queria que fosse o mais natural possível. Eu queria que minha filha escolhesse o dia, a hora. Eu tinha aquele sonho de, tipo assim, que vai acontecer, meu corpo sabe fazer, ela sabe nascer e vai acontecer. E além disso, quando você estoura a bolsa, existe um risco de... um risco muito baixo mesmo de prolapso de cordão, que é quando você estoura a bolsa, você pode acabar machucando aquele cordão umbilical e isso pode trazer sofrimento fetal e até a morte do bebê, então eu não queria passar por isso. E a ocitocina, eu não queria porque dizem, mulheres dizem que a dor fica mais intensa, porque é uma sobrecarga de ocitocina. A mulher produz ocitocina, e quando você bota ocitocina sintética, é uma sobrecarga daquilo e as contrações tendem a ficar mais intensas e com um intervalo menor. Então, como eu não queria anestesia, eu pensei assim: vai doer. Eu sabia que ia doer, mas para eu não recorrer à anestesia, eu prefiro que eu tenha um tempo maior entre elas, que eu tenha o tempo natural entre elas.*
> *[...]*
> *Eu coloquei também que não queria anestesia. Aliás, não queria, não... no do hospital, eu coloquei que eu não queria que me oferecessem. Isso que eu acho muito interessante aqui. Eles não perguntam se você quer anestesia, porque não é uma decisão que você pode tomar, mas eles te perguntam se você quer que ofereça: ‘Você quer que te ofereça anestesia?’ E eu não queria que me oferecessem anestesia, porque se eu precisasse desesperadamente, eu ia pedir*

> *[...]*
> *Já quando faz na casa de parto, não tem anestesia mesmo. Tem o gás do riso. Mas também falei que não queria que me oferecessem. Eu estava disposta a usar métodos para alívio da dor: a água, a massagem, essas coisas. Mas eu não queria que me oferecessem a anestesia em si, nem o gás do riso, porque eu iria procurar se achasse necessário."*

Nat conta que, mesmo tendo que parir no hospital, não gostaria de receber assistência de médicos, porque "tinha muito medo da intervenção médica" e de "não ter liberdade de escolha" durante o parto. Por esse motivo, ela optou desde o início pela assistência prestada por midwives, porque elas seguem "a linha que ela acredita": "o mais natural possível", com respeito pela "pessoa que está parindo" e pela "pessoa que está nascendo":

> *"A midwife preza muito pelo trabalho o mais natural possível. Enquanto o médico, [...] você entra numa linha de intervenções. Uma atrás da outra. É uma intervenção que às vezes precisa de uma outra intervenção, que precisa de uma outra intervenção. E eu pensei assim: cara, não é o que eu quero para mim. Então, eu tinha muito medo de ir para o médico e o médico ficar assim: 'Ah, mas a gente pode fazer isso, mas a gente pode fazer assado'. E você não ter a liberdade de escolher a posição que você vai parir, nem o lugar que vai parir, nem a hora ou dia que a criança quer. Eu não quero passar por nada disso. Eu prefiro ficar com a minha midwife, que ela vai fazer na linha que eu acredito que é o mais natural possível. E com respeito. É uma pessoa que está parindo e é uma pessoa que está nascendo. Eu preciso ouvir essas pessoas. Eu preciso atender essas pessoas. E não tipo: 'Ah, mas eu aprendi na faculdade que é assim, o meu livro diz assim, a medicina diz que é assim', entendeu? Eu tinha muito medo da intervenção médica."*

Nat considera que "toda forma de nascer é válida" e que não existiria, portanto, uma "hierarquia de partos". Ela acredita que, diante do "fator medo", do medo do desconhecido, assistência boa é aquela é "acordada entre as partes" e que garanta "o conforto e a segurança, tanto da parturiente quanto do bebê":

> *"Eu acho que toda forma de nascer é válida e o combinado não sai caro. O importante é o acordo entre as partes e o conforto e a segurança tanto da parturiente quanto do bebê. Então, se para a parturiente o ambiente hospitalar vai ser benéfico, vai aliviar ela de alguma maneira de uma tensão, ou vai ser mais seguro para aquele bebê, se aquele ambiente é necessário ou se ele vai fazer bem para a mãe de alguma maneira, perfeito. Então, eu não acho que existe uma hierarquia, do tipo, parto tem que ser assim, parir tem que ser assado.*

Tem que ser o que é melhor para aquela mulher e para aquele bebê. E eu sabia o que era melhor para mim. Eu sei que no ambiente hospitalar eu ficaria muito tensa e com muito medo e não era o momento que eu queria viver. Eu não queria viver o medo naquele momento. Já tem o fator medo de uma coisa que eu nunca vivi, que não sei como é, não sei até onde vai essa dor ou como vai acontecer. Então, eu não queria passar isso em um lugar, um ambiente que eu sentisse como um lugar estranho. [...] O importante é a segurança, como aquela mulher vai se sentir e o que ela vai precisar, e qual a assistência que aquele bebê vai precisar."