

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

Jessica Thais Pereira de Oliveira

**Título da Pesquisa: Corpo que Pariu: Discursos e (Re) Significações do
Corpo Feminino a Partir das Experiências de Gestar e Parir**

Orientadora:

Profa. Dra. Elizabeth Christina de Andrade Lima

Campina Grande – PB – Outubro de 2019

**Corpo que Pariu: Discursos e (Re) Significações do Corpo Feminino a
Partir da Experiência de Gestar e Parir**

Orientadora:

Profa. Dra. Elizabeth Christina de Andrade Lima

Texto Final de Dissertaçãoa apresentado ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências Sociais da UFCG, sob a orientação da
Profa. Dra. Elizabeth Christina de Andrade Lima.

Campina Grande – PB – Outubro de 2019

O48c Oliveira, Jessica Thais Pereira de.
Corpo que pariu: discursos e (Re) significações do corpo feminino a partir das experiências de gestar e parir / Jessica Thais Pereira de Oliveira. – Campina Grande, 2019.
119 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades, 2019.
"Orientação: Profa. Dra. Elizabeth Christina de Andrade Lima".
Referências.

1. Corpo – Questões de Gênero. 2. Mulher – Maternidade.
3. Humanização do Parto. I. Lima, Elizabeth Christina de Andrade.
II. Título.

CDU 305-055.2(043)

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA SEVERINA SUELI DA SILVA OLIVEIRA CRB-15/225



RELATÓRIO FINAL DO ORIENTADOR

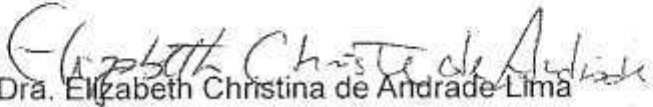
Eu, ELIZABETH CHRISTINA DE ANDRADE LIMA, orientadora de trabalho final da aluna JÉSSICA THAIS PEREIRA DE OLIVEIRA, matrícula 20171012, do Curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da Universidade Federal de Campina Grande, após exame da vida acadêmica da mencionada aluna, tenho a relatar:

A integralização do curso foi feita em 30 (trinta) meses, portanto no prazo estabelecido pela legislação vigente na UFCCG. Quanto ao desempenho acadêmico, constata-se que a mestranda cursou 24 (vinte e quatro) créditos da estrutura curricular a que está submetida e foi aprovada no exame de verificação da capacidade de leitura em Língua Inglesa no período 2017.1. Já na apresentação da dissertação, intitulada "*CORPO QUE PARIU: discursos e (re)significações dos corpos femininos a partir das experiências de gestar e parir*", realizada no dia 08 de outubro de 2019, às 09:00h, no Auditório Fábio Freitas – CH/UFCCG, Campus de Campina Grande, a mestranda obteve conceito APROVADO, tendo a banca examinadora sido formada pelos especialistas:

- 1- ELIZABETH CHRISTINA DE ANDRADE LIMA – Doutora – PPGCS/UFCCG
- 1- RONALDO LAURENTINO DE SALES JÚNIOR – Doutor – PPGCS/UFCCG
- 2- TÂNIA RÉGIA FILGUEIRAS – Doutora – PROFSOCIO/UFCCG

Diante do exposto, considerando que JÉSSICA THAIS PEREIRA DE OLIVEIRA, dentro do prazo regimental, satisfaz todas as exigências do Regimento Geral da UFCCG, do Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da UFCCG e do Regulamento do Curso, está apta a obter o grau de Mestre em Ciências Sociais a ser conferido pela Universidade Federal de Campina Grande.

Campina Grande, 08 de outubro de 2019



Dra. Elizabeth Christina de Andrade Lima
Professora Orientadora

Ata da 400ª Sessão Pública de defesa de Dissertação de Mestrado da aluna Jéssica Thais Pereira de Oliveira do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais.

Aos oito dias do mês de outubro do ano de dois mil e dezenove, às 09:00 horas, no Auditório Fábio Freitas – CH/UFCG, campus de Campina Grande, reuniu-se, na forma e termos dos artigos 63, 64 e 65 do Regulamento Geral dos Cursos e Programas de Pós-Graduação “*Stricto Sensu*” da UFCG, Resolução nº 02/2006 da Câmara Superior de Pós-Graduação da UFCG, a Banca Examinadora, composta pelos professores: Dra. Elizabeth Christina de Andrade Lima – PPGCS/UFCG, na qualidade de Presidente da Banca e Orientadora, Dr. Ronaldo Laurentino de Sales Júnior – PPGCS/UFCG, como examinador interno e Dra. Tânia Régia Filgueiras – PROFSOCIO/UFCG, como examinadora externa, todos na qualidade de Membros Titulares, para julgamento da Dissertação de Mestrado da aluna Jéssica Thais Pereira de Oliveira, intitulada “CORPO QUE PARIU: discursos e (re)significações dos corpos femininos a partir das experiências de gestar e parir”. A sessão pública foi aberta pela professora Dra. Elizabeth Christina de Andrade Lima. Após a apresentação dos integrantes da Banca Examinadora, a candidata iniciou a exposição do seu trabalho, sendo este seguido das arguições dos examinadores. A professora Dra. Elizabeth Christina de Andrade Lima convidou a professora Dra. Tânia Régia Filgueiras para iniciar a arguição e o professor Dr. Ronaldo Laurentino de Sales Júnior prosseguiu com a arguição. Em seguida, a banca examinadora solicitou a retirada da assembleia para, em sessão secreta, avaliar a candidata. Após análise da Banca Examinadora foi atribuído o conceito APROVADO, conforme o artigo 65 da Resolução 02/2006 da Câmara Superior de Pós-Graduação da UFCG. Nada mais havendo a tratar, eu, Rinaldo Rodrigues da Silva, Secretário acadêmico, lavrei a presente Ata que, lida e aprovada, assino juntamente com os membros da Banca Examinadora.

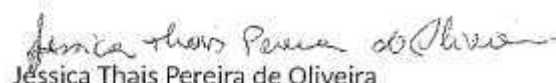
Campina Grande, 08 de outubro de 2019

Rinaldo Rodrigues da Silva
Secretário Acadêmico


Dra. Elizabeth Christina de Andrade Lima
Orientadora/Presidente da Banca


Dr. Ronaldo Laurentino de Sales Júnior
Membro Titular


Dra. Tânia Régia Filgueiras
Membro Titular


Jéssica Thais Pereira de Oliveira
Aluna

*Em memória de Joana D'arc, minha mãe,
minha inspiração, minha fortaleza.*

Agradecimentos

Construir e realizar esta pesquisa foi uma das tarefas mais difíceis da minha trajetória enquanto acadêmica. Acredito plenamente que só consegui escrever estas páginas, porque tive e tenho ao meu lado companheiras e companheiros dignos das mais sincera gratidão.

Agradeço, então, primeiramente à minha família. Aos meus pais por me ensinarem o gosto pelos livros, mas principalmente pelo ouvir histórias e memórias, que nos contam mais sobre o mundo, do que as palavras dispostas em páginas encadernadas. Também ao meu filho, Bernardo, pois foi a partir dele que me redescobri como mulher e como pesquisadora. Agradeço ao meu companheiro de vida e de luta, Adriano, por todo o cuidado, parceria, paciência e incentivo. À minha irmã, Ingledy, por ser rede apoio da minha maternagem, por ser ombro amigo nos dias difíceis, por sempre a primeira pessoa a me ajudar a levantar dos tropeços da vida. À Camila e Eliana por cuidarem tão bem do meu pequeno para que eu pudesse estudar, escrever e, assim produzir este texto.

À minha orientadora, mais conhecida como Bebeth, pelo acolhimento, pela confiança e por fazer parte dessa minha trajetória a tanto tempo sem nunca ter perdido a paciência.

Às minhas amigas e amigos pelo suporte emocional, físico e intelectual: Claudiana, Valéria, Graciele, Júlia, Isa, Thiago, Claudinha, Paty, Jessica. Muito obrigada por fazerem parte da minha vida.

Agradeço também às mulheres que me acompanham na maternagem, nas lutas diárias de ser mãe, mulher, doula, pesquisadora: Vanessa, Daniele, Clara, Luciana, Lis. Com vocês aprendi e aprendo todos os dias a nunca perder a ternura apesar da dureza dessa jornada materna.

E, enfim, agradeço todas as mulheres que fazem parte desta pesquisa, que abriram suas casas, que me permitiram ouvir suas histórias. Mais que interlocutoras, são parte da minha vida como mãe e agora como pesquisadora. Muito obrigado.

A dor que todas as pessoas experimentam na vida e a leveza que faz com elas vençam tudo isso, suas vidas e suas histórias e seu amor são o que me mantêm viva, o que me move a escrever.

RupiKaur

Resumo: A pesquisa aqui proposta se insere no campo de debate sobre os aspectos históricos, culturais, sociais e políticos que circundam o parto. Através de uma perspectiva feminista, entendendo que o gênero, enquanto categoria social, analítica é um dispositivo que permeia as relações sociais, como as ciências, a medicina, a família, etc. busco evidenciar as elaborações discursivas do corpo feminino que mobilizam significados e re-significados nos processos de gestar e parir. Mais especificamente procuro analisar, etnograficamente, com uma abordagem qualitativa, como mulheres participantes do grupo de apoio ao parto normal, Roda Germinar, atuante em Campina Grande - PB, tem buscado (re)definir simbolicamente os discursos sobre seus corpos durante os processos de gestação e parto a partir de suas experiências, ou tentativas, de assistência obstétrica humanizada. As experiências das interlocutoras são colocadas no primeiro plano da investigação, através de suas narrativas, relatos, ações. O esforço impresso neste trabalho é o de tornar legível o que as vozes dessas diversas mulheres estão enunciando.

Palavras-chave: Corpo; Gênero; Maternidade; Humanização do Parto.

Abstract: The research proposed here fits into the field of debate about the historical, cultural, social and political aspects surrounding childbirth. From a feminist perspective, understanding that gender, as a social category, analytical is a device that permeates social relations, such as science, medicine, family, etc. I seek to highlight the discursive elaborations of the female body that mobilize meanings and re-meanings in the processes of gestating and giving birth. More specifically, I try to analyze, ethnographically, with a qualitative approach, how women participating in the normal childbirth support group, RodaGerminar, working in Campina Grande - PB, has sought to symbolically (re) define the discourses about their bodies during pregnancy processes. and I depart from his experiences, or attempts, of humanized obstetric care. The experiences of the interlocutors are placed in the foreground of the investigation through their narratives, reports, actions. The effort printed in this paper is to make readable what the voices of these various women are saying.

Keywords: Body; Genre; Maternity; Humanization of Childbirth.

Aviso da Lua Que Menstrua

*Moço, cuidado com ela!
Há que se ter cautela com esta gente que menstrua...
Imagine uma cachoeira às avessas:
Cada ato que faz, o corpo confessa.
Cuidado, moço/ Às vezes parece erva, parece hera
Cuidado com essa gente que gera
Essa gente que se metamorfoseia/ Metade legível, metade sereia.
Barriga cresce, explode humanidades
E ainda volta pro lugar que é o mesmo lugar
Mas é outro lugar, aí é que está:
Cada palavra dita, antes de dizer, homem, reflita..
Sua boca maldita não sabe que cada palavra é ingrediente
Que vai cair no mesmo planeta panela.
Cuidado com cada letra que manda pra ela!
Tá acostumada a viver por dentro,
Transforma fato em elemento/ A tudo refoga, ferve, frita
Ainda sangra tudo no próximo mês.
Cuidado moço, quando cê pensa que escapou
É que chegou a sua vez!/ Porque sou muito sua amiga
É que tô falando na "vera"/ Conheço cada uma, além de ser uma delas.
Você que saiu da fresta dela/ Delicada força quando voltar a ela.
Não vá sem ser convidado/ Ou sem os devidos cortejos..
Às vezes pela ponte de um beijo/ Já se alcança a "cidade secreta"
A Atlântida perdida./ Outras vezes várias metidas e mais se afasta dela.
Cuidado, moço, por você ter uma cobra entre as pernas
Cai na condição de ser displicente/ Diante da própria serpente
Ela é uma cobra de avental/ Não despreze a meditação doméstica
É da poeira do cotidiano/ Que a mulher extrai filosofando
Cozinhando, costurando e você chega com mão no bolso
Julgando a arte do almoço: eca!...
Você que não sabe onde está sua cueca?
Ah, meu cão desejado/ Tão preocupado em rosnar, ladrar e latir
Então esquece de morder devagar/Esquece de saber curtir, dividir.
E aí quando quer agredir/ Chama de vaca e galinha.
São duas dignas vizinhas do mundo daqui!/ O que você tem pra falar de vaca?/ O que você tem eu vou dizer e não se queixe:
Vaca é sua mãe. de leite.*

**Vaca e galinha.../ Ora, não ofende. enaltece,
elogia:**

**Comparando rainha com rainha/ Óvulo, ovo
e leite**

**Pensando que está agredindo/ Que tá
falando palavrão imundo.**

**Tá, não, homem./ Tá citando o princípio do
mundo!**

(Elisa Lucinda)

Listas de Figuras

Figura: 1 Mulheres na cena do parto	34
Figura: 2 Curandeiras	36
Figura: 3 Primeira cesariana	39
Figura: 4 Primeira Cesariana	40
Figura: 5 Militante na Marcha pelo Parto.....	54
Figura: 6 Cartaz da Roda	66
Figura: 7 Horizontalidade do Grupo.....	75
Figura: 8 Tapetes, Árvores e Conversas	76
Figura: 9 Temas da Roda Germinar	77
Figura: 10 Cartaz da R.G. para o Ato ELE NÃO	80

Listas de Quadros

Quadro 1: Número de partos domiciliares realizados por parteiras tradicionais notificados ao SUS	44
Quadro 2: Sistematização dos Temas.....	63
Quadro 3: Participantes Entrevistadas	82

Listas de Gráficos

Gráfico 1: Frequência da Roda Germinar.....	69
Gráfico 2: Escolaridade das Participantes	70
Gráfico 3: Renda das Participantes.....	71
Gráfico 4: Tipo de Atendimento Durante o Parto	72

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I - OS CORPOS E OS DISCURSOS	18
1. <i>O que são corpos?</i>	20
2. Quais Corpos?	22
3. Discurso Médico: Medicalização da vida e Biopolítica	25
CAPÍTULO II - GESTANDO UMA PESQUISA	31
2. O Movimento de Humanização do Parto: A Luta pela Mudança	41
2.1. <i>Realidade Obstétrica Brasileira: Entre a Cruz e a Espada</i>	46
2.2. <i>Violência Obstétrica: uma dor física e emocional</i>	48
CAPÍTULO III - CAMINHOS METODOLÓGICOS	56
1. Os Passos da Pesquisa	56
1.2. Etnografia: um novo olhar sobre um lugar familiar	57
1.3. <i>Observação Participante:</i>	61
1.4. Do Diário de Campo:	61
2. Entre Etnografias e Entrevistas, as Interlocutoras	66
2.1. O Campo: Roda Germinar:	66
2.2. O Perfil da Roda Germinar:	68
2.3. Os Encontros:	73
2.4. Eventos do grupo:	79
2.5. Entrevistas e Entrevistadas:	81
CAPÍTULO IV - NARRATIVAS DO CORPO	86
REFERÊNCIAS	113

APRESENTAÇÃO

“Cada vez que eu tentei fazer um trabalho teórico, foi a partir de elementos de minha própria experiência: sempre em relação com processos que eu vi desenrolar em torno de mim. É porque pensei reconhecer nas coisas que vi, nas instituições às quais estava ligado, nas minhas relações com os outros, fissuras, abalos surdos, disfunções que eu empreendia um trabalho – alguns fragmentos de autobiografia. Meu modo de trabalho não tem mudado muito, mas o que eu espero dele é que continue a me mudar (FOUCAULT, 1994).

De todos os empreendimentos acadêmicos que realizei este trabalho, para mim é o mais significativo. Talvez porque, de algum modo, durante a escrita lembrei minha própria história, minha gravidez e todos os sentimentos confusos, o choque da realidade obstétrica ao descobrir que parir não era somente querer, a espera, o trabalho de parto, a dor, as lágrimas, sorrisos e a sensação de ter alcançado o topo de uma imensa montanha. Ao ouvir e transcrever as vivências aqui relatadas muitas vezes segurei o choro, o medo de não fazer jus á tamanhas mulheres. Analisar, enquadrar em teorias, conceitos, as experiências pareceu por diversos momentos um caminho equivocado, mas como acadêmica, além de muitas outras coisas, sei da importância das pesquisas, dos conceitos e das teorias para, não só entendermos melhor o tecido social que construímos continuamente, mas também para apontar possíveis caminhos para uma sociedade mais justa, mais igualitária. Meu papel como cientista social é também um papel político. Se posicionar diante do mundo é fundamental, eu me posiciono aqui ao lado dessas mulheres por acreditar, como diz Elisa Lucinda "*Conheço cada uma, além de ser uma delas*" Pontuo isto, não para me isentar da cientificidade do texto, mas para deixar claro que não há possibilidade de uma completa objetividade na escrita, a construção do tema, do campo, a relação com as interlocutoras, tudo isso faz parte de escolhas subjetivas atravessadas pela minha percepção de mundo. Dito isto, as análises a seguir são apenas recortes e possíveis interpretações acerca do tema.

INTRODUÇÃO

A chegada de uma criança ao mundo é quase sempre um momento carregado de expectativas, anseios e simbologias, principalmente no que diz respeito à gestação e ao parto. Para além de fenômenos fisiológicos, a gestação e o parto são ritos dotados de significações que mudam de acordo com o tempo e o contexto social dos indivíduos, se configuram, portanto, como processos transpassados por elementos biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

O rito ou ritual é um conjunto de atos formalizados, expressivos, portadores de uma dimensão simbólica. O rito é caracterizado por uma configuração espaço-temporal específica, pelo recurso a uma série de objetos, por sistemas de linguagens e comportamentos específicos e por signos emblemáticos cujo sentido codificado constitui um dos bens comuns do grupo (SEGALEN, 2002, p. 31).

As percepções sobre o parir e o gestar estão intrinsecamente ligadas aos tipos de discursos produzidos socialmente sobre os corpos femininos. Historicamente o corpo da mulher foi o corpo subjugado, penalizado pelo pecado, tido como inferior, frágil, defeituoso, descontrolado, irracional, emocionalmente descompensado, sendo assim, carente de vigilância e controle (DEL PRIORY). Na Grécia Antiga o útero era percebido como algo animalesco, o causador das mais terríveis mazelas no corpo das mulheres. Na Idade Média os processos biológicos femininos, como a menstruação e a reprodução, eram perpassados pela ideia Cristã do pecado, da impureza e da punição (FEDERICI, 2017)

Com a chegada da Modernidade, a medicina passa a ser um dos dispositivos de controle do corpo (FOUCAULT, 1963), especialmente do corpo feminino. O discurso médico, estabelecido enquanto ciência, percebe o corpo da mulher como corpo desviante do padrão masculino (PIMENTA et al., 2013), corpo que é transcorrido pelos riscos e perigos, um corpo defeituoso, necessitado de ajustes, intervenções. Desse modo, processos como a gestação e parto passam operar numa lógica “patologizante”, o que acaba por deslocá-los do contexto familiar e feminino, para o hospital, centrado agora na figura do médico (MAIA, 2010).

A gravidez passa a ser amplamente monitorada e o parto a ser feito em um ambiente controlado, esterilizado e na presença de um profissional especializado, a fim

de evitar danos e perdas. Porém, se por um lado o advento da obstetrícia e a utilização da tecnologia nos partos possibilitaram que muitos nascimentos tivessem desfechos positivos, por outro lado, ao longo do tempo, tornou o processo de parir um evento patológico, passível de intervenção médica. Processos que tornaram a assistência ao parto, tecnocrática:

O parto hospitalar, realizado por um médico com apoio de um intenso aparato tecnológico e farmoquímico, nos moldes de uma linha de montagem taylorista¹, tem se tornado o modelo predominante, quando não hegemônico de assistência ao parto. Tal modelo de assistência ao parto tem sido denominado de “modelo tecnocrático”¹. (MAIA, 2010, p.36).

No Brasil, as problematizações acerca da assistência à saúde da mulher se intensificam a partir da década de 1980. Os movimentos feministas, juntamente com outros segmentos da sociedade civil trazem o debate da importância de uma mudança nos paradigmas de saúde, principalmente na atenção à saúde da mulher, que não atendia aos aspectos diversos da vida das mulheres, vistas somente a partir de suas capacidades reprodutivas e numa lógica biologizante (DINIZ, 1997). Dessas lutas, surgem ações juntamente aos poderes públicos, ações como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) lançado em 1981 pelo Ministério da Saúde, que preconizava a garantia de acesso às informações e serviços integrais de atendimento médico às mulheres em qualquer fase da vida, ou o Programa de Humanização do Pré-natal.

Os movimentos de humanização do parto se intensificam nesta época, discutindo a urgência de se pensar novos modelos de atenção às gestantes, parturientes e recém-nascidos. Atualmente esse modelo de assistência ainda tem sido questionado e criticado, especialmente por mulheres que buscam experiências onde suas escolhas sejam respeitadas e suas decisões, acerca do próprio corpo, sejam levadas em consideração. Repreendem a padronização e massificação do atendimento hospitalar, ou seja, repudiam a ideia de só "mais um corpo", "mais um parto", que negligencia as experiências individuais de cada uma e torna o parto um processo mecanizado:

¹A medicina ocidental iluminista entendia o corpo humano como máquina. Dentro dessa lógica o médico seria o mecânico responsável por consertar esse corpo-máquina e o hospital funcionaria como um linha produção. A arquitetura das maternidades explica essa lógica de linha de produção: os diversos leitos pelos quais as mulheres passam durante todo o processo de pré-parto, parto e pós-parto (MAIA, 2010).

[...] desenvolvemos uma representação de mulher inferiorizada, menor e desigual. É certo que muito já se avançou, tanto por parte das ciências sociais, quanto da saúde e das reivindicações feministas, ao ponto de teorias como essas praticamente terem caído por terra. No entanto, quanto ao parto em especial, pouco pudemos identificar de avanço, ao menos até a atual conjuntura social brasileira, na qual ainda parece ser assunto médico e cercado de um imaginário ainda moderno (PAIM, 1998, p. 32).

A crítica ao modelo vigente de atenção à gravidez e ao nascimento dá-se, entre outros aspectos, no âmbito das reivindicações sobre o próprio corpo. O que essas mulheres buscam e reclamam é justamente o poder sobre o corpo, questionando o discurso médico-científico que não foge da representação do corpo feminino como defeituoso, incapaz e necessitado de intervenções (medicalização) para o seu bom funcionamento.

É neste contexto de consolidação da luta pela humanização, não só do parto, mas de toda a atenção médica na assistência à saúde da mulher, que entre o final da década de 1980 e o começo dos anos 90, surge nas universidades brasileiras uma efervescente discussão em torno dos aspectos sociológicos e antropológicos do parto. Mesmo que, nesta época, a maior parte dos estudos sobre parto e nascimento advinham das ciências médicas, essas pesquisas abriram caminho para que a discussão chegasse a outras áreas e campos científicos. As autoras MÜLLER, RODRIGUES, PIMENTEL (2015), afirmam que os primeiros trabalhos sobre parto no campo das ciências sociais, discursavam mais sobre o trabalho das parteiras tradicionais e visavam demonstrar outras percepções acerca da assistência, diferente da visão hegemônica.

Foi então, a partir do campo da saúde, especialmente da saúde pública, que surgiram os primeiros trabalhos acadêmicos abordando, com enfoque sociológico ou antropológico o tema, numa tentativa de criticar o modelo de atenção ao parto vigente em nosso país (MÜLLER, RODRIGUES, PIMENTEL, 2015, p. 55).

No final da década de 1990 e começo dos anos 2000, no Brasil, são defendidos importantes trabalhos com uma perspectiva mais sociológica, ainda que dentro do campo da medicina, como a dissertação e tese de Simone Diniz, que traz para o debate as questões de gênero e sua relação com a assistência médica (MÜLLER, et al. 2015). Os estudos que de fato estavam no campo das ciências sociais tomam relevância a partir de 2004 com a pesquisa de Suzana Tornquist e mais tarde com Rosamaria Giatti

Carneiro em 2011, esta introduz no debate sobre parto e assistência a perspectiva das mulheres que, segundo a autora, buscavam novas formas de parir no contexto contemporâneo. È com base nessa perspectiva, de relacionar as questões de gênero, corpo e saúde, que elaboro esta dissertação. Meu objetivo principal é buscar compreender outras narrativas e significações sobre corpo, sua relação com o saber médico vigente, os pontos de convergência e divergência que permeiam as representações sobre os corpos femininos.

Como se sabe, as sociologias nascem em zonas de ruptura, de turbulência, de falha das referências, de confusões, de crise das instituições, numa palavra, lá onde são eliminadas as antigas legitimidades. Lá onde é desenhado o fio condutor do pensamento aplicado na compreensão e na determinação de conceitos, naquilo que escapa temporariamente aos modos habituais de idealização do mundo. Trata-se de dar significação à desordem aparente, de encontrar as lógicas sociais e culturais (LE BRETON, 2007, p. 11)

CAPÍTULO I - OS CORPOS E OS DISCURSOS

Pensar nos corpos a partir do viés das Ciências Humanas abre mil e uma possibilidades de análises. Pode-se dentro destes campos falar sobre uma infinidade de assuntos: do piscar dos olhos, dos modelos de cabelos, da raiva, da linguagem, do nojo, da dor, das cores, dos medos, da vida, da morte e do próprio corpo em si. Para as diferentes áreas do saber os corpos ganham definições e conceituações diferentes, na anatomia, por exemplo, o corpo *é o conjunto formado por cabeça, tronco e membros; estrutura física de um organismo vivo*. Mas falar sobre os corpos na Antropologia ou na Sociologia é, principalmente, falar sobre os elementos sociais/culturais/políticos dos corpos (LE BRETON, 2007).

Um sentido em comum às várias abordagens antropológicas sobre o corpo - por diferentes e às vezes antagônicas que possam ser - é o de pensar o corpo como uma construção social e cultural, e não somente como um dado natural. A antropologia busca desnaturalizar o que é visto como dado pela natureza - seja isso uma regra de comportamento e de classificação social (a proibição do incesto por exemplo), seja a própria noção de corpo - e mostrar as dimensões sociais e simbólicas desses fenômenos. Esse ponto de partida é importante na medida em que muitas vezes o "corpo" é tomado, mesmo por estudiosos e pesquisadores no campo das ciências humanas, como o reduto da natureza em um ser humano genérico, obedecendo a instintos e necessidades biológicas, e não como produto e produtor de regras e valores culturais (MALUF, 2002, p. 88).

Encontrei na minha experiência de gravidez e parto um caminho (árduo), não para produzir verdades (FOUCAULT, 2015), mas para levantar, dentro do campo de estudo/análise do corpo (enquanto elemento de elaboração social), algumas questões/provocações/dúvidas que considerei importantes para o campo. Como Cientista Social sei que não há possibilidade de análise das realidades, sejam elas quais forem, sem as delimitações/recortes dos objetos que pretende-se investigar. Para demarcar o tema presente nesta dissertação algumas perguntas foram essenciais: 1) que corpos são esses? 2) quais as questões/problemáticas sobre esses corpos? 3) o que se pretende com essa investigação? Organizei o tema ao (pelo menos tentar) responder as perguntas, eis as respostas: 1) corpos que gestam e parem; 2) os discursos sobre esses

corpos; 3) investigar os significados e (re)significados dos corpos femininos produzidos pelas relações que se estabelecem entre os discursos da assistência obstétrica vigente e aqueles produzidos a partir da luta pela humanização dessa mesma assistência.

Mas o próprio referente "corpo" é pouco questionado. Uma expressão ambígua, dualista, designa algumas vezes essas abordagens: sociologia do corpo. Mas, de que "corpo" se trata? Esquecemos com frequência o quão absurdo é nomear o corpo como se fosse um fetiche, isto é, omitindo o homem que o encarna. É preciso ressaltar a ambigüidade que consiste evocar a noção de um corpo que só mantém relações implícitas, supostas, com o ator com quem faz indissolúvelmente corpo. Qualquer questionamento sobre o corpo requerentes a construção de seu objeto, a elucidação daquilo que subentende. O próprio corpo não estaria envolvido novéu das representações? O corpo não é uma natureza (LE BRETON, 2007, p. 24).

A partir desses pontos achei prudente pensar em como a pesquisa seria feita, como coletar os materiais, que métodos e técnicas usar, enfim, como operacionalizar a pesquisa. Decidi enveredar pelos caminhos da etnografia (confesso que não foi um caminho fácil), escolhi como campo de trabalho um grupo de apoio ao parto normal e maternidade ativa do qual já participava há pelo menos três anos, na verdade, em parte, a essa pesquisa nasceu lá (notas para o próximo capítulo). Através da técnica da observação-participante, caderno de notas, diário de campo e entrevistas (principalmente) coletei o dados que surgiram durante os encontros que participei e das conversas com as interlocutoras.

Então, era hora de pensar nas abordagens teóricas e metodológicas para pensar o problema e fazer a leitura crítica dos dados. Para esta última, considerei a Análise do Discurso como uma ferramenta metodológica fundamental. E para pensar teoricamente a problemática levantada dividi a questão em alguns conceitos: *corpo*, *gênero*, *medicalização e biopolítica*, posto que, neste trabalho, surgiram enquanto os principais temas de convergência e divergência entre os discurso médico obstétrico vigente e o proveniente da luta pela humanização. Arelados a esses conceitos, trago debates sobre maternidade, autonomia feminina, empoderamento, desnaturalização do corpo, feminilidade, natureza feminina, que ao decorrer do trabalho de campo e da análise das narrativas das mulheres entrevistadas surgiram como pontos importantes em suas significações e re-significações do corpo. Neste Capítulo trago, brevemente, os debates acerca do corpo, gênero e discurso médico, os temas aqui discutidos estão presente em

todo trabalho, apresento aqui as conceituações e perspectivas que fundamentam essa dissertação.

1. O que são corpos?

Elemento central neste debate, o corpo, aqui, é um agente (BORDO, 1997) socialmente construído, perpassado pela cultura, pelas relações de gênero, classe, raça, no qual circulam os mais variados discursos e disputas intelectuais, culturais, simbólicas que buscam apreendê-lo. É “O vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída” (LE BRETON, 2007). Em *Antropologia do Corpo e Modernidade* (2011), Le Breton afirma que o corpo é uma construção simbólica e sobre essa construção incide uma diversidade de saberes e representações, para o autor o corpo só adquire significação a partir do que ele denomina como o "olhar cultural do homem". As mudanças sociais e históricas estão, dessa forma, inscritas nos corpos dos sujeitos transformando a relação do sujeito com o próprio corpo. O corpo, segundo o autor, é a condição do homem, o lugar da identidade, o que lhe arranca ou que lhe acrescenta modifica sua relação com mundo. O corpo existe em um universo socialmente mediado (CORRÊA et PETCHESKY, 1996).

As Ciências Sociais, mesmo que implicitamente, já abordavam a corporeidade desde seu início, como traz Le Breton em *Sociologia do Corpo* (2007), na preocupação com a degenerescência dos operários em autores como Marx e Engels; nas elaborações antropométricas; nas abordagens sobre sentimentos (Simmel), sobre técnicas do corpo (M. Mauss). Mas é partir de meados século XX que a sociologia do corpo começa a ser de fato desenhada. Pensar o corpo sociologicamente torna-se tarefa de muitos pesquisadores influentes: Foucault; Bourdieu; N. Elias, E. Goffman, entre outros.

Le Breton (2007) remete esse interesse sistemático pelo corpo/corporeidade às transformações políticas, culturais, históricas que abalaram o mundo a partir de 1960. *Um novo imaginário do corpo, luxuriante, invade a sociedade, nenhuma região da prática social sai ilesa das reivindicações que se desenvolvem na crítica da condição corporal dos atores* (p. 09). Na década de 1970 a ação do político sobre a corporeidade se torna elemento central nas reflexões das Ciências Sociais. Autores como Brohm (1982) que ao questionar o sistema esportivo francês, faz uma reflexão, a partir da perspectiva marxista, sobre a política como uma força imposta pela violência, pela coerção e pela imposição sobre o corpo. Já Michel Foucault (1975) desperta uma

interpretação sobre o poder a partir dos dispositivos de controle que conformam os corpos². Através da análise de algumas instituições como presídios, escolas, hospitais, o autor elabora uma compreensão do corpo como espaço desse poder. Segundo Berth (2019) para Foucault o poder não era algo localizado ou centrado em uma instituição. Enquanto a teoria política tradicional atribui ao Estado o monopólio do poder, Foucault pensa o poder em termos de uma microfísica, ou seja, o poder estava atrelado ao Estado, mas também atravessava toda a estrutura social. O poder é exercido sobre os corpos através de modalidades eficazes e difusas, não somente por meio da violência e coerção.

Essa microfísica escreve Foucault, supõe que o poder que aí é exercido não seja concebido como propriedade, mas como estratégia, que seus efeitos de dominação não sejam atribuídos à 'apropriação' mas às disposições, às manobras táticas, aos funcionamentos". Que poder não é um privilégio que pode mudar de mãos como se fosse um instrumento, ele é um sistema de relação e imposição de normas. "É preciso, em suma admitir que o poder é muito mais exercido que possuído, que ele não é 'privilégio' adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito de conjunto de suas posições estratégicas" (LE BRETON, 2007, p. 80)

O corpo para Foucault (2015) pode ser entendido como um *ente*- no sentido dematéria- mas não é uma matéria inerte, sem vida, o corpo é um ente - com sua propriedade de "ser" -, que sofre a ação das relações de poder que compõem tecnologias políticas específicas e históricas (MENDES, 2006, p. 168). A disciplina, estratégia de poder, presente nas instituições, se configura como um dos dispositivos de controle sobre os corpos gerando, sobretudo, corpos dóceis. *O poder penetrou o corpo, encontra-se exposto no próprio corpo* (FOUCAULT, 2015, p. 235)

Le Breton lembra que, se corporeidade é matéria de símbolo, ela não é uma fatalidade que o sujeito deve assumir e cujas manifestações ocorrem sem que ele nada possa fazer. Ao contrário, o corpo é objeto de uma construção social e cultural, o corpo, por tanto, não é apenas um texto da cultura (Bordo 1997). É espaço do poder, do conflito, das lutas e também das resistências. Ao falar sobre as representações do corpo feminino pelo saber médico-obstétrico e pelas re-significações construídas em um contexto de luta pela humanização da assistência ao parto, entendo que os sentidos empreendidos ao corpo não são a-históricos, descontextualizados, lineares, contínuos, mas que na concretude da vida o corpo é elemento em movimento.

²Tema que será melhor elaborada no próximo tópico

2. Quais Corpos?

“Se a função da fêmea não é suficiente para definir a mulher, se recusarmos também a explicá-la pelo eterno feminino e, se admitirmos, pelo menos provisoriamente, que há mulheres na terra, nós temos então que nos colocar a questão, o que é uma mulher?” (*Beauvoir, O Segundo Sexo, 1949*).

Entender os corpos como agentes socialmente mediados, construídos historicamente e culturalmente marcados, não é, pelo menos no caso deste trabalho, negar os aspectos biológicos dos corpos, mas entender que as percepções sobre o biológico também são mediadas pelo social (SCAVONE, 2001). As diferentes sociedades pelo mundo estabelecem seus sistemas de diferenciação e representação/significação dos corpos de acordo com variados marcadores. Nas sociedades ocidentais o sexo age dentro dos sistemas de significações, como um dos elementos fundamentais de diferenciação dos corpos. Mulheres e homens são, assim, definidos de acordo com o que se entende por feminino e pelo que se entende por masculino. O sexo seria o dado natural desses corpos e através dele os papéis sociais seriam definidos. Ou seja, aos homens e às mulheres caberiam comportamentos, gostos, práticas, rituais, posições sociais diferentes e, ainda, dentro de uma perspectiva hierárquica, onde homens são percebidos biologicamente e socialmente como superiores às mulheres.

A oposição entre feminino e masculino opera numa lógica binária de diferença, respectivamente, entre Natureza e Cultura. Em outras palavras, ao feminino é associado tudo que é tido como natural, como as emoções, os sentimentos e também o próprio corpo; menstruação, gravidez, parto, amamentação, menopausa (GIFFIN, 1999). Já os homens são frequentemente lembrados por suas virtudes como racionalidade e objetividade. Natureza X Cultura, nos dois casos são oposições socialmente construídas (SCOTT, 1991). Mas como pensar os elementos nitidamente biológicos como construções sociais? Essa resposta tem sido elaborada desde o século passado por dezenas de pesquisadores e pesquisadoras. É a partir da reflexão do que é natural e do que é social em homens e mulheres, que o feminismo nasce.

Simone de Beauvoir (1949) ao escrever *O Segundo Sexo*, brilhantemente, trouxe a questão das relações sociais como elemento determinante nos comportamentos e nas condutas dos indivíduos. Muito mais que o sexo biológico são as relações constituídas socialmente que irão definir o que é ser homem e o que é ser mulher. “Para Beauvoir o “ser” é tornar-se: ninguém nasce mulher, mas torna-se mulher” (SCAVONE, 2001). Beauvoir abre caminho para uma era de estudos sobre as relações entre diferenças sociais e biológicas para explicar a opressão vivenciada pelas mulheres

Os primeiros estudos sobre as elaborações, origens e causas da divisão dos papéis sexuais na sociedade davam ênfase na história das mulheres. Porém é a partir da década de 1970, que os movimentos feministas empreendem uma teorização acerca do que seria, afinal, esses papéis sexuais ao trazerem o conceito de gênero para o debate político e epistemológico. Questionavam, fundamentalmente, a suposta naturalidade da divisão social e hierarquizada entre homens e mulheres e também a suposta neutralidade científica (PINHEIRO, 2016). Um dos nomes mais conhecido ao se falar de gênero é o da historiadora Joan Scott. Para ela, gênero é a organização social da diferença sexual. Não refletindo ou implementando diferenças físicas e naturais entre homens e mulheres, gênero seria o conhecimento que estabelece significações para diferenças corpóreas (KOFES, 1992, p. 21).

Conhecimento entendido como: sempre relativo; produzido por meios complexos, isto é, por amplos e complexos quadros epistêmicos e referindo-se não apenas às idéias mas também às instituições e estruturas, práticas cotidianas, rituais, enfim tudo aquilo que constituiria as relações sociais. Para Scott, gênero é a organização social da diferença sexual (KOFES, 1992, p. 21).

Imbricada à elaboração deste termo está a rejeição ao determinismo biológico incluído na ênfase que se dava às diferenças sexuais como explicação para a opressão feminina, ou seja, resumidamente, se tratava de uma crítica às análises que enfatizavam a divisão dos, chamados, papéis sexuais entre homens e mulheres, porém não se atentaram às relações sociais, históricas, políticas que operam na manutenção e naturalização dessas diferenças. O conceito de gênero, ao mesmo tempo político e instrumento de construção teórico-analítica (MATOS, 2008) nasce com o objetivo de demonstrar à sociedade e à comunidade científica que as diferenças físicas entre mulheres e homens não geram as desigualdades verificadas, mas, ao contrário, são

usadas para neutralizá-las (PINHEIRO, 2016). Contudo, para Joan Scott (1991) o uso do conceito de gênero, no início de sua incorporação nas epistemologias feministas, buscava dar conta de uma redefinição das noções tradicionais da História ao incluir a história das mulheres, porém "a maneira pela qual esta nova história iria por sua vez incluir a experiência das mulheres e dela dar conta dependia da medida na qual o gênero podia ser desenvolvido como uma categoria de análise" (ZIRBEL, 2007, p. 140). Gênero, por tanto, como categoria analítica propõe uma transformação dos paradigmas do conhecimento tradicional, não apenas acrescentando novos temas, mas também impondo "um reexame crítico das premissas e dos critérios do trabalho científico existente" (Scott, 1991). Para Scott a elaboração de uma história exclusiva das mulheres colocaria as questões deste grupo em um plano periférico do pensamento e reforçava, o que as teorias feministas da época buscavam criticar: a ideia de um centro epistemológico constituído como natural, de um pensamento masculino, heterossexual e branco que via nesses sujeitos os principais agentes da história.

Scott, além das críticas pertinentes ao pensamento feminista, elabora em seu texto *Gênero: uma categoria útil para análise histórica* (1991) uma definição de gênero que traz o conceito relacionado a questão do poder”.

Minha definição de gênero tem duas partes e diversos subconjuntos, que estão inter relacionados, mas devem ser analiticamente diferenciados. O núcleo da definição repousa numa conexão integral entre duas proposições: (1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder (SCOTT, 1991, p. 86).

A autora toma como base as formulações de Foucault para produzir suas reflexões sobre gênero (ZIRBEL, 2007). O gênero para Scott seria então "um saber organizado socialmente acerca das diferenças sexuais cujos usos e significados “nascem de uma disputa política e são os meios pelos quais as relações de poder –e dominação e de subordinação – são construídas”:

Nesses ensaios, gênero significa o saber a respeito das diferenças sexuais. Uso saber, seguindo Michel Foucault, com o significado de compreensão produzida pelas culturas e sociedades sobre as relações humanas, no caso, relações entre homens e mulheres.1 Tal saber não é absoluto ou verdadeiro, mas sempre relativo. Ele é produzido de maneira complexa no interior de epistemes que têm, elas próprias,

uma história autônoma (ou quase). Seus usos e significados nascem de uma disputa política e são os meios pelos quais as relações de poder - de dominação e de subordinação - são construídas. O saber não se refere apenas a idéias, mas a instituições e estruturas, práticas cotidianas e rituais específicos, já que todos constituem relações sociais. O saber é um modo de ordenar o mundo e, como tal, não antecede a organização social mas é inseparável dela (SCOTT, 1994, p. 12-13).

Ao tentar analisar como algumas mulheres, a partir dos processos de gestar e parir, estão re-significando ideias, conceitos e discursos sobre seus corpos partindo do conceito de gênero elaborado por Scott, por tanto, a análise se dá através de uma perspectiva de historicização das experiências das mulheres, entendendo as experiências culturais, políticas, cotidianas, acadêmicas e mesmo fisiológicas vivenciadas pelas mulheres, mais do que experiências particulares, são marcadas por questões como gênero, raça, classe, sexualidade. Não tenho, neste trabalho, a pretensão de abarcar todas essas categorias (pelos meus limites epistemológicos) por tanto escolhi dar ênfase na categoria de gênero para analisar a problemática levantada. Isso não quer dizer que outras categorias além do gênero não permeiam esta dissertação, afinal de contas, os corpos não são universalmente iguais, bem como o que se experimenta nele e com ele.

3. Discurso Médico: Medicalização da vida e Biopolítica

Eis a hipótese que gostaria de apresentar esta noite, para fixar – ou talvez o teatro muito provisório – do trabalho que faço: suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade (FOUCAULT, 2012, P. 8-9).

Para entender como o discurso médico se constituiu como saber, é necessário compreender os conceitos de medicalização e biopolítica, para tanto utilizo os aportes teóricos de Foucault.

D.i.s.c.u.r.s.o.: 1) série de enunciados significativos que expressam a maneira de pensar e de agir e/ou as circunstâncias identificadas com um certo assunto, meio ou grupo; 2) raciocínio que se realiza pela sequência que vai de uma formulação conceitual a outra, segundo um encadeamento lógico e ordenado; 3) a língua em ação, tal como é

realizada pelo falante; 4) enunciado oral ou escrito que supõe, numa situação de comunicação, um locutor e um interlocutor. A palavra discurso tem alguns muitos significados e cada um deles advém das várias áreas de conhecimento. Neste trabalho não há uma intenção de analisar a origem da palavra ou seus mais diversos sentidos. Um dos objetivos presentes nesta dissertação é compreender como se formulou um tipo de discurso sobre os corpos femininos, no caso o discurso médico obstétrico. Mas para falar sobre o discurso médico obstétrico é necessário entender como esse discurso se estabeleceu como verdade científica.

Para Foucault (1986) o discurso é *Um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço que definiram em uma dada época, e para uma área social, econômica, geográfica ou linguística dada, as condições de exercício da função enunciativa*” (p. 43). Assim, Foucault (1986, p.43) compreende “o discurso como um conjunto de enunciados na medida em que eles provêm da mesma formação discursiva. O discurso em Foucault não é um simples ato interpretativo, mas sim uma ação que busca a legitimação da verdade produzida pelo sujeito. Desse modo, “*o discurso é uma representação culturalmente construída pela realidade, não uma cópia exata*”(2012). O discurso, portanto, está intrinsecamente ligado à legitimação de certos saberes, é através dele que percebemos as relações de poder que regulam o meio social. Quem fala? Por que fala? De onde fala? São as perguntas centrais dentro do ato discursivo.

Um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um status científico; (...) um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso; (...) um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam; (...) finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso (FOUCAULT, 2007, p.220).

Em Microfísica do Poder (2015) Foucault relaciona o discurso, o poder e o saber. Foucault (1987) sobre o poder: “*É preciso, em suma admitir que o poder é muito mais exercido que possuído, que ele não é 'privilégio' adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito de conjunto de suas posições estratégicas.* Para o autor o saber não existe fora do poder, pois a verdade ou vontade da verdade como ele

denomina, é produzida no poder através de múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder (p. 51), ou seja, o exercício do poder pode explicar a produção de saberes, como os saberes se legitimam determinando discursos e com isso as relações de poder. Foucault (2015) afirma que todas as sociedades têm seu regime de verdade, que seria basicamente os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros. O autor expõe cinco características historicamente importantes na produção das verdades ou dos saberes:

- a) É centrada na forma do discurso científico e nas instituições que a produzem;
- b) Está submetida a uma constante incitação econômica e política;
- c) É objeto de um imenso consumo;
- d) É produzida e transmitida sob o controle, não exclusivo, mas dominante, de alguns grandes aparelhos políticos ou econômicos;
- e) É objeto de debate político e confronto social; (FOUCAULT, 2015, p. 52)

Desse modo a verdade, diz o autor, "é um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e funcionamento dos enunciados". Nesse regime da verdade ela "está circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e a apoiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem". A cultura, a sociedade e a ciência mobilizam discursos sobre o corpo que buscam definir-lo, controlá-lo, medi-lo a partir de certos paradigmas. Quando se fala sobre o conhecimento acumulado acerca dos corpos não se pode imaginá-lo de forma neutra. Segundo Foucault (2015), o corpo é um indicador da nossa história, que existe temporalmente e espacialmente de formas diferentes. Um corpo marcado pelas relações de poder que se estabelecem através de discursos interessados. Em outras palavras, o que se sabe sobre o corpo se sabe também a partir de um ponto de vista. Colocar em suspensão o conhecimento, principalmente o científico, não é uma questão de invalidar conhecimentos, porém traz ao debate a importância de entender como a produção do saber está ligada ao contexto social, político e econômico

Em o *Nascimento da Clínica* (1987) Foucault aborda como a medicina, através do discurso científico, se estabelece enquanto dispositivo de controle dos corpos. O saber

médico passa a regular e normatizar diferentes aspectos da vida cotidiana dos indivíduos, a partir de uma reorganização do conhecimento científico da medicina que resultou em novas práticas institucionais do exercício médico. Para Habermas (1944), o objetivo dessa medicina normatizadora era secularizar os costumes para formar uma sociedade civilizada. A medicalização da vida, por exemplo, se constituiu como uma ferramenta para essa normatização (Silva, 2012). Medicalização pode ser entendida como o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais (MARTINS, 2006). Atrelado a este conceito de medicalização da vida está o conceito de biopolítica ou biopoder.

A minúcia dos regulamentos, o olhar esmiuçante das inspeções, o controle das mínimas parcelas da vida e do corpo darão em breve, no quadro da escola, do quartel, do hospital ou da oficina, um conteúdo laicizado, uma racionalidade econômica ou técnica a esse cálculo místico do ínfimo e do infinito (FOUCAULT, 1987, p. 162)

A biopolítica aparece pela primeira vez em Foucault em *O Nascimento da Medicina Social*, uma palestra proferida na cidade do Rio de Janeiro no ano de 1972, porém é a partir de publicações como *A Vontade de Saber*, publicada em 1976, e os cursos intitulados *Em Defesa da Sociedade* (1975-1976), *Segurança, Território e População* (1977-1978) e *Nascimento da Biopolítica* (1978-1979), que o autor amplia o conceito de biopoder e biopolítica. Ao empregar o termo biopolítica, Foucault defende a hipótese, segundo a qual com o capitalismo assistimos, não a privatização da prática médica, mas à crescente presença da medicina nos espaços públicos. Tomado como objeto de sofisticadas tecnologias políticas, o corpo torna-se público, e o público “somatocrático” (FURTADO & CAMILO, 2016).

Foucault (2015) remete a consolidação da medicina do século XIX e XX, na Europa, à nosopolítica³ instituída principalmente durante o século XVIII: "o surgimento progressivo da grande medicina não pode ser dissociado da organização, na mesma época, de uma política de saúde e de uma consideração das doenças como problema político, econômico que se colocava às coletividades" (p. 297). A Nosopolítica, segundo o autor, mais do que um resultado de uma iniciativa do poder estatal, aparece como um problema de origens e direções múltiplas: "a saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral" (p. 298). Essa política da

³ Política da doença.

doença e da saúde das populações corresponde ao surgimento de uma nova função do poder: a disposição da sociedade como meio de bem-estar físico, saúde perfeita e longevidade. Ele relaciona a gestão dos traços/variáveis biopolíticas da população com uma questão necessariamente econômica: era preciso organizar um dispositivo que assegure, não apenas a sujeição, mas o aumento do constante de sua utilidade (p.304). Em outras palavras, Foucault relaciona a preocupação com bem-estar físico, saúde perfeita e longevidade da população à uma economia política da saúde. Para o sucesso de uma nação era preciso mais que um contingente significativo de corpos, era imprescindível corpos utilizáveis.

ocorrer, porém na passagem do século XVIII para o XIX, um fenômeno novo que gradativamente transformou, ou complementou, a sociedade disciplinar. É o período em que entra em cena um novo eixo até então inexistente ou desconsiderado pelo poder. Trata-se da entrada da vida nos cálculos do poder e do saber (BOTH, 2008)

É partir dessa economia política da saúde, que segundo Foucault (2015, p. 304-308), que surge o processo de medicalização da vida. Inicialmente com o surgimento da infância enquanto privilégio e família como medicalizada e medicalizante. Esse processo teve impactos importantes para a configuração da família moderna que passa a ser cada vez mais nuclear composta pelo complexo Pais-Filhos. A preocupação com a infância, para além da taxa de natalidade e ou morbidade, volta-se para a manutenção da vida da criança até a fase adulta. Os pais passam a ser os responsáveis principais por gerenciar a sobrevivência dos filhos. O cuidado passa a ser instituído como fator primordial para que a criança seja saudável: higiene, amamentação, o contato, a proximidade atenta.

Tendo a disciplina como uma forma central de dominação dos corpos no exercício das relações de poder, a medicina, a partir do séc. XVIII, passa a exercer papel de controle, regendo os modos de condutas individuais e coletivas, definindo algumas regras para orientar a vida moderna, não somente no que diz respeito à doença, mas também a formas de comportamento, como sexualidade, fecundidade, fertilidade e outros (FERREIRA, 2015, p. 589 apud GAUDENZI& ORTEGA, 2012).

A medicalização da infância juntamente com organização do complexo família/filhos como "instância imediata medicalização dos indivíduos", e a iniciativa de boa saúde do corpo social atrelada às necessidades dos indivíduos, culmina no XVIII em uma ética privada da boa saúde, que por sua vez produz uma demanda dos

indivíduos e das famílias por médicos especializados. Esses elementos são fundamentais para compreender o funcionamento da política global de saúde do século XIX (FOUCAULT, 2015), a biopolítica.

Para Foucault (2017) esse poder sobre a vida se desenvolveu a partir do século XVII e XVIII em duas formas principais: 1) a instituição do corpo-máquina, seu adestramento, ampliação de suas habilidades, nas extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, tudo isso assegurado pela disciplina anátomo-política; 2) a formação do corpo-espécie, transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a reprodução, o natalidade e mortalidade, o nível de saúde, a longevidade, processos assegurados por uma biopolítica da população (p. 150). Em outras palavras, para o autor a disciplina do corpo, no âmbito individual, transformando corpos em dóceis e úteis aliado à uma gestão biológica das populações possibilitou a instituição de um poder sobre a vida, o que ele chama de biopoder.

Esse processo não implicou em ampliações da autonomia dos indivíduos sobre seus corpos. Pelo contrário, implicou em maior controle sobre os corpos por parte do Estado – através de tecnologias de disciplinamento das condutas de cada indivíduo e de todos enquanto espécie – e da sociedade, que governamentaliza o saber médico e a razão de Estado, adotando para si o papel da vigilância sobre os demais (PACHECO & REZENDE, 2016).

Por outro lado, Foucault (2015) nos diz que ao passo que o poder se torna forte ao controlar e regular os corpos, emerge daí uma resistência do corpo contra o poder. Os movimentos de mulheres que buscam outras formas de vivenciar a gestação e o parto, que buscam autonomia e lutam por uma assistência médica que não tenha por objetivo o controle e normatização de seus corpos, podem ser entendidos como esses processos de resistência do corpo contra o poder, contra o saber médico instituído como verdade.

O domínio e consciência do próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder (...) mas, a partir do momento que o poder produziu esse efeito, como consequência direta de suas conquistas, emerge inevitavelmente a reivindicação de seu corpo contra o poder, da saúde contra economia, do prazer contra as normas morais de sexualidade, do casamento, do pudor (p. 235)

CAPÍTULO II - GESTANDO UMA PESQUISA

1. A Pesquisadora e a Pesquisa

Antes de iniciar a descrição metodológica desta pesquisa, tomo como ponto de partida primordial situar-me no campo em questão, assim como as motivações pessoais que me levaram analisar o tema proposto neste trabalho. Primeiramente, estou inserida numa perspectiva epistemológica feminista pós-estruturalista. Segundo Narvaz e Koller (2006), as epistemologias feministas entendem que o conhecimento é sempre situado, posicionando-se contra a objetividade e a neutralidade características da ciência positivistas e androcêntrica (Keller, 1985; Harding, 1986) e resgatando o papel da emoção e da experiência feminina na produção do conhecimento científico. A imparcialidade, nesse contexto, não é possível, nem sequer desejável, especialmente porque se encontra comprometida com a mudança social (McHugh&Cosgrove, 2004; Neves & Nogueira, 2003; Wilkinson, 1986, 1998)

Ao partir desse pressuposto, posso inferir que esta pesquisa é fruto de minha trajetória pessoal e acadêmica. Fruto, principalmente, dos questionamentos que me fiz durante minha própria gravidez e parto. Ao experimentar no corpo todas as mudanças (biológicas e psicológicas) que o gestar e parir traz, me vi questionando também os discursos e as significações sociais que rodeiam esses processos que são mais que processos fisiológicos. Como nos lembra SPINK (2003,p. 26) “A pesquisa nasce da curiosidade e da experiência tomados como processos sociais e intersubjetivos de fazer uma experiência ou refletir sobre uma experiência. Podemos chamá-la de uma experiência disciplinada pelas práticas de uma coletividade.”

[...] anunciando que o campo da antropologia do parto e do nascimento no Brasil parece, hoje, sofrer uma inflexão que pode render muitos frutos futuramente: o encontro entre vida pessoal e vida

de pesquisa, fazendo do “pessoal” não mais somente o “político”, mas também o acadêmico e o investigativo (CARNEIRO, 2014, p. 20).

No ano de 2014, ainda na graduação em Ciências Sociais, me vi diante da notícia mais impactante da minha vida: uma gravidez não planejada. Para além dos enjoos matinais, falta de disposição e o sono excessivo, o que me chamava atenção era forma como as pessoas ao meu redor compartilhavam o fato comigo. Via-me num corpo que já não era meu, todas as preocupações e atenções voltadas a mim, na verdade eram direcionadas ao pequeno corpo em formação que crescia no meu corpo. O que comer, o que vestir, como andar e até como respirar era ditado pelas pessoas ao meu redor: Família, parceiro, amigos, médicos, enfermeiras e desconhecidos. Todos tinham alguma dica, conselho e sermão a me oferecer para garantir a saúde do feto.

Ao mesmo tempo em me sentia perdida diante de tantas mudanças, uma certeza eu possuía: o parto seria normal. Em minha família as histórias de parto eram as mais diversas possíveis. Minha mãe submetida a duas cesáreas e uma laqueadura compulsória (tema para outra pesquisa), questionava minha decisão, pois concebia o parto cirúrgico como o mais seguro. Em contrapartida, minha avó, mãe de oito filhos, dos quais sete nasceram em casa, me dizia que era a melhor escolha, mas ressaltava “não invente de ter menino naquele açougue, não”. Ela se referia à maternidade pública da cidade, lugar onde teve seu único parto hospitalar e pelos relatos posso inferir que foi um parto traumático, carregado de violência obstétrica.

Outras narrativas sobre parto rondavam meu círculo familiar. Uma prima próxima, após um trabalho de parto complicado, foi submetida a uma cesárea de urgência e perdeu sua filha. Outra me contava que o corte recebido na vagina (episiotomia) chegou até a coxa. Eram histórias que me despertavam certo medo, mas também curiosidade sobre o porquê fazer nascer uma criança poderia ser algo tão perigoso, dolorido e violento. A partir desse momento passei a pesquisar sobre gestação, parto normal e cesariano nas redes sociais. Grupos maternos, sites sobre bebês, fóruns online de informações sobre gravidez. Lugares em que tinha a oportunidade de perguntar e debater, visto que durante as consultas de pré-natal não sentia contemplada minhas dúvidas e questões.

Porém o espaço virtual me pareceu um tanto impessoal demais. Minha socialização acadêmica nos espaços políticos da universidade, meu contato com os

coletivos feministas, fizeram com que o estar com pessoas numa interação direta, não mediada por uma tela, me parecesse mais interessante e produtivo. Foi neste contexto que passei a frequentar uma roda de conversa sobre gravidez e parto numa perspectiva humanizada. Através do grupo percebi que não era fácil ter uma experiência de gestação e parto em que escolhas da mulher fossem respeitadas. Os relatos das mulheres da minha família eram as histórias de milhares de outras mulheres.

Meu parto normal aconteceu. Contrariando minha avó, pari na maternidade que ela chamava de açougue, entendi na prática o porquê do apelido. Entendi que numa sociedade marcada pelo machismo, pela desigualdade de gênero, nossos corpos são colocados à disposição de uma cultura médica intervencionista, medicalizadora e patologizante. Que estabelece um discurso dominante sobre nossos corpos e sobre nossa existência, nos sujeitando como corpos-dóceis, corpos-pacientes, corpos-frágeis.

Apesar dessa sujeição que atravessa e marca o corpo feminino, mulheres questionam esses discursos reivindicando novas práticas e novas experiências de gestar, parir e com isso existir de forma digna. Esta pesquisa tem por objetivo, além da tentativa de contribuição para o avanço do debate no campo das ciências sociais, trazer visibilidade para essas mulheres que, por meio das próprias experiências, buscam (ressignificar esses discursos e tornar o corpo um lugar de resistência).

De uma coisa, ao menos estou certa. Desses outros modos de nascer e de parir, têm nascido outras antropólogas, outras antropologias do parto e outras relações entre o feminismo, a sexualidade, a academia e a parturição na sociedade atual. E a riqueza de todo esse processo me parece ser a construção de uma antropologia brasileira do/sobre parto à lá as características da própria antropologia brasileira, plural e casadura de múltiplas influências teóricas; algo que somente lhe confere ainda mais originalidade e densidade (CARNEIRO, 2014, p 20).

1.1. Contextualizando a Pesquisa: Da Casa para o Hospital

Figura: 1 Mulheres na cena do parto



Fonte: imagem retirada da internet, 2018.

Segundo Michel Odent (2000), para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer. É preciso, portanto, mudar um sistema que trata a mulher como incapaz de parir, que trata a gestação e o nascimento de forma mecanizada, que oferece uma assistência precária e desumana. Mas para mudá-lo é necessário conhecê-lo.

A vasta literatura sobre a história do parto (DINIZ, 1997; TORNQUIST, 2002; MALDONADO, 2002; SPINK, 2013), informa as significativas mudanças que as simbologias sobre o processo de gestar e parir sofreram durante os séculos XVIII, XIX e XX. A principal mudança, destacada por várias autoras e autores do campo, diz respeito à passagem da cena do parto do meio familiar – compartilhado geralmente com outras mulheres, que podiam ser suas vizinhas, amigas, familiares, parteiras - acontecia na casa da parturiente, para os hospitais, maternidades ou instituições médicas.

A partir do Iluminismo é possível notar um crescente interesse científico pelo corpo da mulher, principalmente por seus processos biológicos como a gestação e o parto. A percepção do corpo feminino na Renascença partia de uma perspectiva biologizante e determinista: a mulher-útero (MAIA, 2010). Dentro desse contexto temos um movimento médico-político-social que buscava controlar não só o processo da gestação e do parto, mas todo o corpo feminino. Até o século XVIII, a medicina tinha uma estrutura tripartite e hierárquica: no topo estavam os físicos que se ocupavam das reflexões teóricas acerca das patologias; abaixo deles estavam os cirurgiões ocupados com as questões práticas, operar, cortar; na base dessa pirâmide estavam os boticários, responsáveis pela fabricação e venda de remédios. Dentro dessa estrutura o parto não

era visto como fenômeno médico, o partejar era prática de parteiras que solicitavam os cirurgiões apenas para complicações (Maia, 2010).

Desde longa data as mulheres foram doulas⁴, curandeiras, e antes do aparecimento de médicos, praticavam enfermagem e abortos, davam conselhos sobre enfermidades, eram farmacêuticas, cultivavam ervas medicinais, trocavam fórmulas e faziam partos. As parteiras tinham um papel fundamental na vida reprodutiva das mulheres, acumulavam saberes tradicionais sobre o corpo feminino e seus ciclos, manipulavam ervas que tinham efeitos de curar e de enfeitiçar. No século XIX, com o advento da obstetrícia enquanto especialidade médica, o papel da parteira, já perseguida desde a Idade Média pela Igreja- foram caçadas como bruxas, pois seus saberes e técnicas aplicadas tanto no parto, quanto em outros aspectos da vida feminina, eram tidos como afrontas às leis de Deus (DEL PRIORY, 1993) - passa também a ser desqualificado pelos médicos obstetras. Como bem pontua Mary Spink (2013):

Cabe dizer que um dos fatores que contribuiu para o desgaste do papel da parteira e o aceleração da legitimação do médico com formação foi o período das caças às bruxas, ocorrido entre os séculos XIV e XVII, as parteiras causaram incômodo e afronta às autoridades da época por terem uma assistência intervencionista, uma vez que davam conselhos e amenizavam a dor do parto numa época em que se acreditava que a mulher deveria sofrer a expiação do pecado original (SPINK, 2013, p.).

⁴Doula vem do Grego e significa aquela que serve. Atualmente, segundo Nolan, doula é uma mulher sem formação técnica na área da saúde que orienta e acompanha a nova mãe durante o parto e nos cuidados do bebê, seu papel é segurar a mão da mulher, respirar com ela, prover encorajamento e tranquilidade. A doula presta apoio contínuo à parturiente e a seu acompanhante, esclarece a respeito das fases de trabalho de parto, aconselha as posições mais confortáveis durante as contrações, ensina técnicas de respiração para o efetivo relaxamento, proporciona contato físico e, ainda, oferece apoio psicológico (NOAN, 1995, apud LEÃO & OLIVEIRA, 2005, p. 25.).

Figura: 2 Curandeiras



Fonte: "As Bruxas de Hans BaldungGrien" Imagem retirada da Internet.

Maia (2010) aponta que, No Brasil, houve por parte dos médicos, respaldados pelo Estado, a difusão da ideia de que o trabalho das parteiras era sujo e inseguro. Rodrigues (1975) afirma que na raiz das crenças sobre higiene, está a concepção de que a medicina, disciplina principal deste domínio, é, ela mesma, inteiramente técnica, instrumental, e livre de conotações rituais. A medicina, por tanto, se estabelece enquanto lugar livre do impuro, do sujo, da insegurança, ela, então, representa até os dias atuais, como o espaço da limpeza, da segurança, assim como da neutralidade científica que não tem espaço para crenças ou mitos.

Esse deslocamento espacial permitiu que a percepção sobre as experiências do engravidar e o do parir operassem numa lógica de saúde/doença, patologizando e, mais tarde com o aperfeiçoamento da cesárea, o advento da anestesia, medicalizando esses processos. Com isso, o modelo obstétrico torna-se um reflexo da sociedade patriarcal, baseado na dominação masculina dos espaços e que enxerga o corpo feminino como um corpo passível de submissões e intervenções.

[...] para aqueles que procuravam justificar a ordem social fundada nas desigualdades de gênero, a questão não estava na sociedade, mas nas leis inexoráveis da Natureza: as mulheres eram inferiores aos homens porque a Natureza as havia feito menores, mais frágeis, mais sensíveis e mais sujeitas aos imperativos da sua natureza sexual. Homens e mulheres eram, segundo esta interpretação, radicalmente diferentes em sua constituição física e intelectual e essa diferença era irreduzível; estava inscrita nos corpos, ou seja, nos corpos sexuados de homens e mulheres (HOFFMANN, 1976 apud MARTINS 2005, p. 650).

O hospital, inicialmente restrito às elites e às indigentes que acorriam às maternidades-escola, o modelo hospitalar se expandiu como padrão da assistência nas

áreas urbanas DINIZ, 2005, p. 629) e passou a ser difundido como local seguro e adequado para o nascimento. O parto passa a ser entendido como um fenômeno patológico numa perspectiva tecnocrática. Como bem pontua Barbosa, Jannotti e Riscado:

Com a ascensão da biomedicina, as práticas de assistência ao parto e nascimento sofreram profundas transformações no decorrer do século XX. De eventos privados e assistidos por parteiras tradicionais, essas práticas paulatinamente foram transferidas para o ambiente hospitalar e centralizadas na figura do médico, tornando-se cada vez mais dependentes de intervenções tecnológicas, difundindo-se um modelo tecnocrático de parir e nascer. O crescimento da utilização da cesárea faz parte desse processo (BARBOSA; JANNOTTI; RISCADO, 2016, p. 32)

Essa dominação se dá por meio de práticas naturalizadas e legitimadas pelo meio social. Como a naturalização da violência está mascarada nas relações de poder, a mulher passa entender como natural as práticas vivenciadas no ambiente obstétrico o que limita o acesso a reivindicação do seu protagonismo em relação ao seu próprio corpo. Ou seja, uma relação desigual de poder admite uma aceitação dos indivíduos, ou grupos dominados, nem sempre uma aceitação consciente e deliberada, mas especialmente de subordinação pré-reflexiva (BOURDIEU, 1998).

O saber médico-científico passa a ser instituído no imaginário social como o saber verdadeiro. Foucault (1988), ao refletir sobre a biopolítica, aponta justamente essa institucionalização do saber médico com a finalidade do controle dos corpos, o biopoder, como dispositivo de controle, se ocupou então da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade, dos costumes, etc, na medida em que essas se tornaram preocupações políticas. Segundo o autor, os ideais científicos do século XIX, tem como correspondente um corpo-organismo, objeto de incisões cirúrgicas, que consolidam uma nova dinâmica social, baseada num imaginário de evolução humana.

Aliado a isso temos, difundida a crença de que o corpo da mulher era frágil, defeituoso e incapaz de parir. O parto precisava cada vez mais de intervenções. Era preciso intervir através de tecnologia, médicos e ambientes hospitalares com a

justificativa de garantir a vida da mulher e do bebê. O médico entra na cena da gestação e do parto como o salvador, o amigo ou aquele que tem como papel fundamental ajudar a mulher na defesa contra sua própria natureza. Se antes o parto era tutelado, principalmente, pela Igreja Católica que correspondia a um entendimento do parto como um sofrimento designado por Deus, agora, com a institucionalização da medicina obstétrica, temos o processo de parir como uma ação violenta da natureza, que acomete os corpos femininos, em outras palavras, a mulher é vítima de sua própria natureza (DINIZ, 2014).

A obstetrícia médica passa a reivindicar seu papel de resgatadora das mulheres, trazendo: uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribuindo a hora bendita da maternidade (DINIZ, 2014).

Dessa forma a patologização do parto está intrinsecamente ligada à subordinação e medicalização⁵ do corpo feminino pela medicina como forma de controlar uma suposta natureza feminina que faria da mulher uma refém de seus instintos. É com esse discurso que as mulheres, desde o século XIX, passam a perceber o médico como o amigo que tirará suas dores, aliviará os efeitos de sua natureza dolorosa, o que ajudou no projeto de consolidação da medicina obstétrica moderna (DINIZ, 2014).

1.2. Cesarianas: uma antiga tecnologia de parto

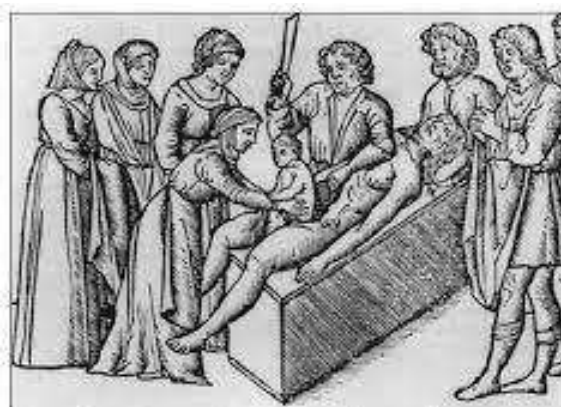
De certo as tecnologias obstétricas que surgem entre os séculos XIX e XX, contribuíram muito para que medicina voltada para a saúde mulher pudesse tratar e prevenir muitas doenças, evitar mortes maternas e melhorar os dados de óbitos infantis. Um exemplo dessas tecnologias é a cesárea. As primeiras cirurgias cesarianas ocorreram ainda na antiguidade, eram realizadas, majoritariamente, em mulheres grávidas mortas, com objetivo de salvar o feto. Até o século XIX os desfechos das cesarianas não eram favoráveis, visto que as tecnologias cirúrgicas ainda eram mínimas e os protocolos de assepsia não existiam (PARENTE et al., 2010).

A operação cesariana na Antiguidade só era praticada após a morte da parturiente, com a finalidade de salvar o feto ainda com vida. Desde 700 a.C.

⁵ Por medicalização, entendemos o processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina de forma assegurar conformidades às normas sociais. (Miles, 1991)

a lei romana proibia os funerais de toda gestante morta, antes que se fizesse a cesárea para retirada do feto. Os fetos que nasciam com vida eram chamados cesões ou césares (REZENDE, 2009, p. 1).

Figura: 3 Primeira cesariana



Fonte: nascimento de Júlio César. Imagem retirada do texto: *A História do Nascimento* (PARENTE et al., 2010).

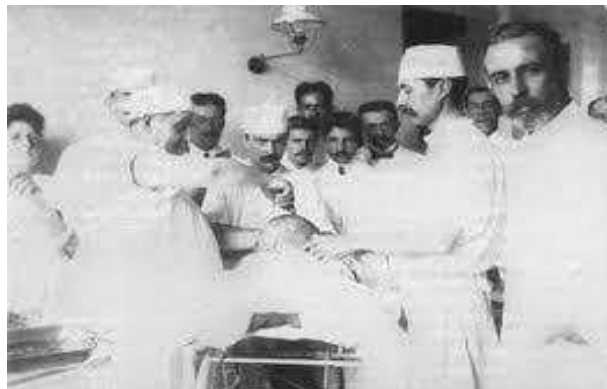
Com o passar dos séculos a cesariana foi aperfeiçoada, tornando-se uma técnica avançada e aliada dos cirurgiões obstetras. O desenvolvimento da anestesia, no século XIX, abriu portas para uma nova era na história da cesariana. Em 1847, o escocês James Young Simpson descobriu as propriedades anestésicas do clorofórmio e, com sucesso, o introduziu para aliviar a dor do parto (PARENTE et al., 2010). Ainda que o uso da cesárea como método de parturição tivesse por muitos anos dados significativos de morte materna, com o avanço das técnicas, como uso da anestesia, assepsia, métodos novos de corte do útero, as taxas de mortalidade causadas por cesarianas decrescem, como afirma Parente (2010) a cada mil cesarianas, a mortalidade materna diminuiu de 277 entre 1891-1895 para 81 entre 1906-19101.

Antes aplicada aos casos de extrema urgência, a cesariana encontra retaguarda para sua expansão no limiar do século XX: a sistematização das técnicas cirúrgicas obstétricas, associada a outras condições favoráveis – a criação dos centros cirúrgicos, das técnicas de esterilização do material e da anestesia, a ideia da importância de estudar e controlar os riscos obstétricos, o desenvolvimento de rotinas de monitoramento do trabalho de parto e o treinamento de pessoal especializado –, foi determinante (NAKANO et al., 2016).

No Brasil, Fernando Magalhães (1878-1944), professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, considerado o grande nome no ensino da obstetrícia e na implantação do parto abdominal no país. Magalhães desenvolveu técnicas avançada

para a retirada do feto por via cirúrgica “Pôs em prática uma nova técnica: isolava-se o útero exteriorizado com compressas e dois lençóis estendendo-se longitudinalmente sobre o órgão, depois de herniado e adaptado no segmento inferior um cordel resistente e elástico” (PARENTE et al., 2010). Os resultados obtidos pelo professor estavam entre os melhores, até quando comparados com os dados internacionais. Conforme descrito no livro *A História do Nascimento* (2010): de 161 casos houve mortalidade materna de 6,8%, e mortalidade fetal de 2,6%, índices já promissores. Em 1926, numa estatística americana, a mortalidade por cesariana era de 13%.

Figura: 4 Primeira Cesariana



Fonte: Imagem retirada do texto: *A História do Nascimento*

(PARENTE et al., 2010).

De método extremamente raro até técnica altamente difundida, a cesárea passou por diversas mudanças. Se por um lado trouxe a possibilidade de garantir desfechos favoráveis em partos complicados, por outro lado, é, atualmente, indicada como responsável por diversos problemas de saúde em mulheres e bebês. Nos países cujas porcentagens de cesarianas extrapolam o recomendado pela OMS, que recomenda uma taxa de 15%, o debate sobre a medicalização e tecnização do parto ganham destaque nas agendas de movimentos sociais. Em contrapartida lugares em que o acesso ao parto cirúrgico é escasso, a mortalidade materno-infantil tem índices altíssimos, em decorrência de complicações obstétricas. Essas duas realidades indicam a urgência de políticas de saúde que visem o equilíbrio e o uso adequado de tecnologias, não somente nos processos de gestação e parto, mas em todos os aspectos da vida dos indivíduos

Atualmente e, paradoxalmente, a grande questão é como torná-la acessível em países da África Subsaariana, da Ásia e da Oceania, onde há alguns com taxas de menos de 1% de cesariana (Chade) e mortalidade materna de 470 por 100 mil nascidos vivos (Papua Nova Guiné)²⁵, e evitar sua utilização excessiva em outros, como a Austrália, com taxas de mais de 30%³, mas, ao mesmo tempo, com uma taxa de mortalidade materna de menos de 3/100 mil, e o Brasil, que tem taxas de 44% de cesarianas e uma mortalidade materna de 70/100 mil nascidos vivos (PARENTE et al., 2010, p. 486).

2. O Movimento de Humanização do Parto: A Luta pela Mudança

O termo "humanização" é utilizado na obstetrícia brasileira desde o início do século XX e nasce dentro de uma perspectiva de ajuda humanitária. O médico Fernando Magalhães⁶ e o professor Jorge de Rezende são os responsáveis por empregar o termo no país. Para ambos a narcose⁷ (utilizada principalmente em mulheres da classe média alta no início do século XX) e o fórceps eram formas de humanizar a assistência, pois ajudavam as mulheres a enfrentar um fenômeno "fisiologicamente patogênico": o parto, que na visão da obstetrícia da época se implicaria sempre em danos, riscos e sofrimentos, seria, portanto, patológico (DINIZ, 2005, p. 04). As tecnologias de parto foram se expandindo e o hospital era o lugar que os médicos podiam testar novas técnicas e procedimentos, principalmente em mulheres pobres e indigentes que procuravam o serviço do hospital-escola:

No modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20, nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada "cascata de procedimentos" (MOLD & STEIN, 1986 apud DINIZ, 2005)

Em meados do século XX começam a despontar as primeiras críticas a esse modelo de assistência no Brasil e no mundo. Com uma diversidade de nomes e abordagens, as lutas contra o modelo obstétrico tecnocrático tem suas bases em diversos movimentos que avançavam pelo mundo nas décadas de 1950 e 1960, como: os movimentos europeus pelo *Parto sem Dor*, *Parto sem Medo* e *Parto sem Violência*; o

⁶ Citado anteriormente neste trabalho como o "pai" da obstetrícia brasileira.

⁷ Parto sob anestesia.

movimento hippie pelo *Parto Natural; Reforma do Parto* nos EUA. Mais tarde esses movimentos tomaram um caráter de luta por direitos humanos e a luta pelo parto se tornou a luta pelos direitos reprodutivos e sexuais (DINIZ, 1997), a luta pelo corpo.

O corpo e a saúde estiveram na agenda de todas as gerações do feminismo, porém as décadas de 1960 e 1970 são marcadas pela intensificação das reivindicações políticas pela autonomia do corpo. Surgem lemas como “meu corpo me pertence” e o famoso “o pessoal é político”⁸ (SCAVONE, 2001). Os debates giravam em torno do direito ao aborto, à contracepção e a crítica à medicalização da fisiologia feminina, como a menstruação, o parto, o envelhecimento (DINIZ, 2017).

A discussão sobre a qualidade da assistência reprodutiva está inserida nas lutas por uma saúde amplamente mais digna. No Brasil, as problematizações acerca da assistência à saúde da mulher se intensificam a partir da década de 1980. Programas como o PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) lançado pelo Ministério da Saúde que preconizava a garantia de acesso às informações e serviços integrais de atendimento médico às mulheres em qualquer fase da vida.

Com organizações do movimento de mulheres pela saúde, a equipe do Ministério da Saúde estabeleceu parcerias que deram ao PAISM um contorno inovador. O Brasil abandonaria a tradicional lógica da saúde materno-infantil, que fragmentava o corpo das mulheres [...] O PAISM fez diferente. Preconizou a garantia de acesso de todas as mulheres, em qualquer ciclo de sua vida, a informações e serviços integrados de atendimento, do nível mais simples ao mais complexo, com cobertura para prevenção e atenção curativa e ações de planejamento reprodutivo. Pela primeira vez o Brasil formulava uma política pública de saúde que contemplasse este ponto, com ênfase no atendimento ginecológico de qualidade, oferta informada do leque de métodos anticonceptivos disponíveis e ações educativas para mulheres e também para profissionais de saúde, visando garantir livres escolhas e o direito das mulheres de decidir sobre o próprio corpo (CFEMEA, 2019).

O PAISM surge em um contexto político efervescente na luta por melhorias na saúde pública do país, com intensa participação da sociedade, principalmente de movimentos sociais, como por exemplo, O Movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de 1980, e que mais tarde serve de base para a implementação do SUS (FREITAS et al. 2009). Os Movimentos Feministas participaram ativamente das lutas

⁸ O lema ‘o pessoal é político’ oferece uma referência útil para comentar algumas das ambiguidades do público e do privado no patriarcalismo liberal e também, à luz de algumas de suas interpretações feministas mais literais, que defendem uma concepção alternativa, a partir de uma postura feminista, do político. O principal impacto desse lema foi expor o caráter ideológico dos pressupostos liberais sobre o privado e o público (PATEMAN, 1996, p. 16 Apud Selfa& Spinelli, 2018, p. 15).

por saúde pública. O debate feminista acerca da saúde já pontuava nas décadas de 1970 e 1980, a violência na assistência médica e criticavam a ideia de uma saúde paternalista para com as mulheres. Os movimentos feministas brasileiros da época reivindicavam a superação da visão do médico enquanto tutor do corpo e das escolhas que deveriam pertencer às mulheres.

As organizações de mulheres tiveram suma importância neste contexto de mudanças. No final da década de 1970 o movimento de mulheres pela saúde apresentava um alto nível de organização e de articulação, exemplo disso foi a realização do 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher, em 1984. No evento, esteve presente mais de setenta grupos de mulheres de todo país, resultando na elaboração do primeiro documento público, a Carta de Itapeperica, com as reivindicações das mulheres para a saúde (CFSS, 2014).

Organizações como o SOS Corpo, fundado em 1981, que tem como fundamento a ideia de que os movimentos de mulheres, como movimentos sociais organizados que lutam pela transformação social, são sujeitos políticos que provocam mudanças nas condições de vida das mulheres em geral. Ou o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde que propõe uma intervenção positiva e propositiva nas políticas públicas de saúde, direitos reprodutivos e sexuais da mulher. É político, também, ao criar novos conceitos e fomentar novas tecnologias (CFESS, [1998]).

A proposta é oferecer um novo modelo de atendimento. Sua principal meta é que as usuárias, que passam pelos seus serviços, sintam-se satisfeitas em suas demandas. E que o modelo de atenção à saúde da mulher, criado pelo Coletivo, possa ser aproveitado em outros espaços, e que sejam os mais amplos e diversos possíveis. Este modelo prova que é possível romper com a relação hierarquizada, com a forma biologicista e individualista de enxergar a mulher dentro da consulta ginecológica. Portanto, é um modelo político, pois se insere em um contexto mais amplo (CFESS, [1998]).

Através desse conjunto de reivindicações que possibilitaram a introdução de uma agenda de debate e ações para o melhoramento da saúde coletiva, principalmente da saúde da mulher (PAIVA et al., 2015) o Governo Federal implementa o Programa de Humanização do Pré-Natal e Parto, lançado em 2000, que segundo Serruya (2003), tinha como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes ao recém-nascido.

O PNHP parte do suposto de que o evento complexo do parto e nascimento se tornou, ao longo dos últimos séculos, um assunto médico e hospitalar, separado da vida familiar e comunitária, nem sempre em favor do bem-estar físico e emocional da mulher e/ou bebê. Em essência, humanizar o parto e o nascimento é resgatar a individualidade e o protagonismo da mulher na hora do parto (MAIA, 2010, p.35).

Outro programa lançado pelo Governo Federal com objetivo de humanizar a assistência para gestantes, parturientes e bebês, foi o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais. O Ministério da Saúde define como parteira tradicional aquela mulher que presta assistência ao parto domiciliar com base em saberes e práticas tradicionais. A proposta do PTPT se baseia no argumento de que, diante da diversidade cultural, geográfica e socioeconômica do país, é preciso ampliar as formas de atenção à gestação, ao parto e ao recém-nascido, dentre as quais o parto domiciliar atendido por parteira qualificada (GUSMAN et al., 2015).

A inclusão de parteiras, enfermeiras obstétricas e obstetizes é uma importante estratégia para redução da epidemia de cesarianas nos hospitais privados brasileiros. A justificativa é que essas equipes estão comprometidas com as boas práticas obstétricas para o alívio da dor, como o estímulo à movimentação, liberdade para se alimentar e posição verticalizada na hora de parir, tornando o parto mais confortável, aumentando as chances de partos espontâneos e diminuindo a necessidade de intervenções desnecessárias (OPAS 2014.)

Quadro 1: Número de partos domiciliares realizados por parteiras tradicionais notificados ao SUS

REGIÃO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
NORTE	4.507	6.355	5.417	3.670	4.477	4.934	6.687
NORDESTE	33.727	33.576	34.360	26.842	22.204	9.114	7.797
SUDESTE	449	277	996	-	-	-	-
SUL	126	159	3	-	-	-	-
CENTRO-OESTE	697	231	144	80	29	-	-
TOTAL	39.506	40.598	40.980	30.592	26.710	14.048	14.484

Fonte: DATASUS/MS Tabnet SIA-SUS, produção ambulatorial do SUS, 2008.

O dado exposto na tabela acima revela a brusca diminuição de partos atendidos por parteiras tradicionais em todas as regiões do país, fato que pode ter sido provocado pela ampliação dos serviços hospitalares, a criação de maternidades e Centros de Parto Normal, fazendo com que as mulheres que estão fora dos grandes centros urbanos, acessassem mais facilmente os serviços de assistência ao parto, porém de forma hospitalar. As Casas de Parto, ou Centros de Parto Normal, faz parte também do conjunto de ações governamentais para ampliação e efetivação de serviços humanizados no atendimento às mulheres, principalmente as mais pobres.

Criação do Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS por meio da Portaria MS/GM nº 985, de 5 de agosto de 1999 (BRASIL, 1999b), que definiu os critérios para a implantação de casas de parto. Este projeto teve como objetivo implantar estratégias simplificadas e humanizadas de assistência ao parto normal sem distócia, em articulação com a rede de saúde local. Os CPN constituem uma opção para as mulheres que desejam ter seus filhos em ambiente que não seja caracteristicamente hospitalar, com garantia de referência para outros níveis de atenção, quando se fizer necessário. Em 2000, o Ministério da Saúde realizou 36 convênios para apoiar financeiramente a implantação de Centros de Parto Normal (Brasil, 2010).

Todas essas ações visaram efetivar políticas concretas para o melhoramento na atenção às mulheres e bebês nos mais diversos lugares do país, porém as mudanças propostas ficaram mais no papel e atualmente a luta pela humanização ainda tenta mobilizar o Estado para, não somente a criação de políticas públicas de saúde, mas ações que de fato garantam uma boa assistência a todas as mulheres, que passam e passaram pelos processos de gestar, parir, amamentar e cuidar, respeitando as diferenças culturais, religiosas, diminuindo as desigualdades decorrente das relações de gênero, raça e classe.

Os movimentos pela humanização do parto e do nascimento no Brasil surgem neste contexto e desde então lutam por políticas públicas que garantam à mulher: 1) uma assistência baseada em evidências; 2) que a tenha como protagonista do próprio parir e 3) que proporcione um atendimento multidisciplinar, retirando o médico do centro do parto. Esses três pontos formam o tripé da Humanização do Parto e nascimento. Desse modo movimentos sociais, médicos, enfermeiros, políticos, doulas, grupos de gestantes.

Segundo Diniz (2017), proposta do movimento pela humanização do parto e nascimento não é de instituir um tipo único de parto sem levar em consideração as particularidades das mulheres atendidas. Pelo contrário, a idéia é individualizar cada processo e entender que, subjetivamente, a experiência de parir é única para cada mulher. Neste sentido a luta é pela busca da autonomia feminina em relação ao parir, através da informação e do respeito à mulher. Portanto, diferentemente do que é passado pelo senso comum, o parto humanizado não é um tipo específico e fixo de parto, ele diz mais respeito à maneira como se dão as práticas do que ao próprio parto em si. Como esclarece Carneiro:

Por parto humanizado entende-se, a grosso modo, aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado. Dessa forma, pode ser o parto que ocorre em casa, com “parteiras urbanas”, no hospital, com o médico, na água, na vertical, na horizontal ou de cócoras, desde que a mulher tenha solicitado ou concordado com a efetivação de determinadas práticas médicas. (CARNEIRO, 2011, p. 13).

2.1. Realidade Obstétrica Brasileira: Entre a Cruz e a Espada

O Brasil, atualmente, é um dos líderes mundiais em cesarianas. Segundo dados da FIOCRUZ (2014), na rede privada 88% dos partos são por via cirúrgica. No sistema público de saúde esse índice chega a 55%. A mesma pesquisa indica que quase 70% das brasileiras demonstram, no início da gravidez, o desejo de ter um parto normal, porém pouquíssimas recebem apoio em sua escolha por parir naturalmente. O que torna a situação um problema de saúde pública no país, como alerta Agência Nacional de Saúde Suplementar:

Atualmente, o percentual de partos cesáreos na saúde suplementar é de 84,6%. A cesariana, quando não tem indicação médica, ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê: o parto prematuro aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe. Cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados a prematuridade (ANS,2015).

Na Paraíba, segundo dados do Ministério da Saúde, em 2010 51.8% dos partos realizados foram por via cirúrgica. No setor privado os números chegam a mais de 80%, já na rede pública as cesarianas representam 37% do número total de partos. Outro problema que merece atenção na assistência ao parto e nascimento no estado diz respeito à mortalidade materna: a cada dez mil crianças nascidas vivas na Paraíba, 87,4 mães morrem por complicações no parto, índice 150% maior que o recomendado pela ONU (ABRINQ, 2018). Os motivos para o alarmante número de mortalidade materna são diversos, segundo o CRM-PB a superlotação das maternidades, devido à concentração da realização dos partos em Campina Grande e João Pessoa, é um dos maiores problemas para a diminuição da taxa de mortalidade materna na Paraíba.

“Constatamos que as pacientes fazem uma verdadeira peregrinação para terem seus bebês. Dos 223 municípios paraibanos, 116 não realizaram nenhum parto no ano de 2016. Ainda temos dados que mostram que 61 municípios fizeram apenas um parto por mês”, afirmou Antônio Henriques. Enquanto isso, João Pessoa e Campina Grande realizaram 58% dos partos do Estado (CRM-PB, 2018).

Além do alarmante número de cesáreas, o sistema obstétrico nacional é permeado pela violência obstétrica, ou seja, por um conjunto de práticas que violam a autonomia e protagonismo da mulher no processo do parto, violência que pode ser cometida pelo médico ou por qualquer membro da equipe da instituição de saúde em que se encontra a parturiente.

A pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada em 2014, foi o primeiro grande estudo brasileiro a descrever a atenção médica à gestação, parto, pós-parto, nascimento e aborto a nível nacional, como afirma Maria do Carmo Leal, uma das coordenadoras da pesquisa. Segundo a pesquisadora, a “*Nascer no Brasil*” se tornou uma fotografia do nascimento no Brasil. A pesquisa foi realizada em 266 hospitais, públicos e privados, em 191 municípios (FIOCRUZ, 2014). Com uma amostra de mais de vinte quatro mil mulheres, trouxe dados importantes para a análise a assistência à saúde da mulher no nosso país.

O estudo *Nascer no Brasil*, relata que nos partos normais predominaram um modelo de assistência altamente medicalizado, com excesso de intervenções, procedimentos e práticas como: impedimento do direito de ter um acompanhante da

escolha da parturiente – apenas 20% das parturientes tiveram acompanhamento durante toda a internação; restrição do acesso à alimentação e água – apenas 25% das mulheres receberam oferta de alimentos durante o trabalho de parto; impedimento da livre circulação da parturiente – 46% puderam se movimentar durante o T.P. e 91% das parturientes estavam deitadas na hora do parto; uso de palavras e expressões desrespeitosas que agrediram moral e psicologicamente a mulher – as mulheres de baixa renda, baixa escolaridade, pretas e pardas, relataram maior incidência de violência obstétrica e uso de manobras e técnicas comprovadamente violentas, etc. Além de não recomendadas pela OMS, essas práticas aumentam a dor e o sofrimento da mulher, transformando o parto normal em um evento traumático para as mulheres e colaborando para a criação de uma imagem negativa acerca do parto.

A pesquisa ainda traz para o debate o emblemático caso da escolha pela cesariana, principalmente no setor privado, pois segundo os dados coletados no início da gestação, 36% das gestantes atendidas pela saúde suplementar, desejavam a cesariana, no fim da gestação esse número sobe para 70%, porém 90% dos partos no setor privado são por via cirúrgica. Um conjunto de fatores podem ajudar a entender essa “escolha” pela cirurgia: A valorização da tecnologia, bem como a dependência dessa tecnologia; a demanda das mulheres que enxergam a cesárea como uma opção mais segura; a questão de status ou classe, visto que a cesariana é feita em grande medida nas mulheres que possuem planos de saúde ou que podem arcar com as despesas particulares para a realização do procedimento.

Segundo Leal (2017), no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, as intervenções por meio da tecnologia na atenção médica aparecem como sinônimo de cuidado e, quanto maior o poder aquisitivo maior o uso dessas intervenções. As mulheres pobres sofrem com a escassez de procedimentos de alto padrão, porém são as maiores vítimas das intervenções violentas na assistência à saúde. Em outras palavras, para um grupo de mulheres o sofrimento no parto vem do uso exacerbado das técnicas e procedimentos e para outras o sofrimento se dá pela violência, descaso e negligência, bem como por práticas desumanas e ultrapassadas.

2.2. Violência Obstétrica: uma dor física e emocional

A Fundação Perseu Abramo, através da pesquisa *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado* (FPA; Sesc, 2010), relata que uma em cada quatro

mulheres afirma ter sofrido algum tipo de violência na gestação ou no parto, a chamada violência obstétrica. Porém a violência obstétrica não atinge igualmente as mulheres, segundo dados do Ministério da Saúde (2014), através da campanha "*SUS Sem Racismo*", 60% das vítimas de mortalidade materna no país são negras, somente 27% das mulheres negras tiveram acompanhamento durante o parto, enquanto do lado das mulheres brancas esse número chega aos 46,2%.

As mulheres negras são mais de 41 milhões de pessoas, o que representa 23,4% do total da população brasileira. São estas que sofrem com o fenômeno da dupla discriminação, ou seja, estão sujeitas a “múltiplas formas de discriminação social (...), em consequência da conjugação perversa do racismo e do sexismo, as quais resultam em uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida”. As discriminações de gênero e raça não são fenômenos mutuamente exclusivos, mas, ao contrário, são fenômenos que interagem, sendo a discriminação racial freqüentemente marcada pelo gênero, o que significa, portanto, que as mulheres tendem a experimentar discriminações e outros abusos de direitos humanos de forma diferente dos homens (IPEA, 2003).

Esses Números refletem um modelo de assistência ao parto e nascimento, que além de precário, limita a escolha das mulheres a duas opções problemáticas: 1) submissão a uma cirurgia, mesmo sem indicação real para tal procedimento; 2) experiência de um parto vaginal traumático, recheado intervenções desnecessárias, além de possibilidade de sofrer violência física, verbal, psicológica, principalmente para mulheres pobres e negras.

Além do alarmante número de cesáreas, o sistema obstétrico nacional é permeado pela violência obstétrica, ou seja, por um conjunto de práticas que violam a autonomia e protagonismo da mulher no processo do parto, violência que pode ser cometida pelo médico ou por qualquer membro da equipe da instituição de saúde em que se encontra a parturiente.

Ainda que se trate de uma nomenclatura recente, a violência obstétrica está presente no modelo de assistência ao parto há longos anos, tanto que o debate acerca do problema tem sido feito desde a década de 1950 através das denúncias da péssima assistência prestadas às parturientes⁹. Porém o termo violência obstétrica surge de fato

⁹ Eram utilizadas outras expressões para denunciar as práticas de má assistência ao parto: direitos humanos no parto, prevenção e eliminação de abusos no parto, maus-tratos no parto ou violência no parto. Atualmente um conjunto de médicos reivindicam a substituição do termo ‘violência obstétrica’, justificando que o termo limita o debate em torno do médico obstetra.

em 2010, na Venezuela através do médico Dr. Rogelio Pérez D'Gregório, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela (SOGV). País que se destaca principalmente na América Latina, na promoção de políticas e ações que combatem a violência obstétrica, visto que por lá a prática é considerada crime. Segundo as leis venezuelanas, é caracterizado violência obstétrica: (a) não atender às emergências obstétricas; (b) obrigar a mulher a parir em posição de litotomia; (c) impedir o apego inicial da criança sem causa médica justificada; (d) alterar o processo natural do parto através do uso de técnicas de aceleração sem consentimento voluntário da mãe; (e) praticar o parto por via cesárea quando há condições para o parto natural (Venezuela, 2010).

Aqui no Brasil o termo começa a ganhar força em 2012, a partir da Rede Parto do Princípio que elaborou o dossiê Violência Obstétrica: “Parirás com Dor” para ser apresentado à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres (RODRIGUES, 2015). A discussão desde então tem sido realizada principalmente pelos movimentos de humanização do parto. Uma das ativistas mais conhecidas desse movimento, a obstetrix Ana Cristina Duarte, detalha as práticas consideradas violência obstétrica:

Impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência familiar, de seu círculo social; tratar uma mulher em trabalho de parto de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido; tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz; submeter a mulher a procedimentos dolorosos desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas; impedir a mulher de se comunicar com o "mundo exterior [...] fazer qualquer procedimento sem explicar antes o que é, por que está sendo oferecido e acima de tudo, SEM PEDIR PERMISSÃO; [...] cortar a vagina (episiotomia) da mulher quando não há necessidade (discute-se a real necessidade em não mais que 5 a 10% dos partos); dar um ponto na sutura final da vagina de forma a deixá-la menor e mais apertada para aumentar o prazer do cônjuge ("ponto do marido"); subir na barriga da mulher para expulsar o feto. [...] fazer uma mulher acreditar que precisa de uma cesariana quando ela não precisa, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados [...] submeter uma mulher a uma cesariana desnecessária, sem a devida explicação dos riscos que ela e seu bebê estão correndo. [...] Dar bronca, ameaçar, chantagear ou cometer assédio moral contra qualquer mulher/casal por qualquer decisão que tenham tomado, quando essa decisão for contra as crenças, a fé ou os valores morais de qualquer pessoa da equipe (DUARTE, 2015)

A descrição acima trata fundamentalmente: do direito ao corpo, à integridade física e psicológica, da liberdade de negar ou aceitar qualquer procedimento ou prática, do direito ao tratamento e atendimento digno e respeitoso, do respeito aos direitos reprodutivos e sexuais da mulher¹⁰ e em certa medida do próprio direito à vida. As práticas de violência obstétrica violam direitos fundamentais da pessoa do gênero feminino, é uma violência contra o corpo feminino. Visto que dentro de uma sociedade perpassada pelo machismo, em que as relações entre homens e mulheres são forjadas numa perspectiva patriarcal, em que todos os espaços sociais são permeados pela dominação masculina, o campo médico não foge a essa regra, inscrevendo nos corpos as marcas dessas relações desiguais de poder.

Um exemplo emblemático para entendermos melhor a definição de V.O., enquanto violência ao corpo feminino no está na discussão acerca da episiotomia, que é um corte na região do períneo, entre a vagina e o ânus, feito durante o parto normal para “facilitar” a saída do bebê. De acordo com a OMS, a episiotomia não deve ser feita em mais que 10% dos partos, número que no Brasil chega a 53%. Atualmente movimentos feministas e movimentos ligados à humanização do parto vêm denunciando esse altíssimo índice, de acordo com esses movimentos o corte é geralmente feito como rotina, sem necessidade evidente e traz danos à saúde da mulher, principalmente no que diz respeito a sua saúde sexual. Além disso, o corte feito sem a permissão da parturiente é considerado violência. Muitas mulheres tem levantado o debate de que episiotomia é um tipo de mutilação genital, uma violação grave do direito à integridade física das mulheres.

Temos, portanto, uma assistência obstétrica que atua nos moldes tecnocráticos, ou seja, uma obstetrícia baseada em práticas que “medicaliza” e “patologizar” os processos fisiológicos femininos (BARBOSA *et al.*,2010). Essas práticas revelam também a manutenção de um discurso de alienação acerca do corpo feminino, que o coloca como objeto exterior à consciência da mulher, ou seja, como elemento passível de manipulações (CORRÊA & PETCHESKY).

¹⁰ Os direitos reprodutivos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência. (Alves, 2004, p.3)

[...] no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetam a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (DINIZ, 2001, p.63, apud REHUNA¹¹ 1993.).

Todo este panorama reflete uma realidade de difícil escolha para as gestantes brasileiras. Temos um sistema que opera numa falsa dicotomia: de um lado partos extremamente violentos e, do outro, cirurgias vendidas como uma solução contra a má assistência. Ou seja, a relação entre o alto número de cesarianas e um modelo de parto normal violento, não é uma relação de oposição, mas de reflexo e de complementaridade. Os índices de cesarianas estão dentro do mesmo modelo tecnocrático de assistência obstétrica, operam e mobilizam o mesmo imaginário: o corpo feminino é defeituoso, necessitado de intervenções e práticas tecnológicas para seu bom funcionamento.

É neste sentido que um modelo de parturição (além da via parto), que opere de forma a superar essa falsa dicotomia, e seja de fato um modelo oposto ao vigente, se torna não apenas necessário, mas uma luta fundamental para mudanças efetivas no cenário da atenção ao parto e nascimento.

Para se contrapor a este contexto, foi criado um movimento em prol da humanização do parto e do nascimento, com a finalidade de reivindicar melhorias nas condições da atenção ao parto e criticar a crescente desumanização do nascimento. Algumas das proposições basilares deste movimento seriam o questionamento da autoridade absoluta do profissional obstetra, a revisão quanto à forma de se relacionar com a parturiente e a família, o reconhecimento quanto à importância de uma equipe interdisciplinar que possa compartilhar conhecimentos, o respeito à diversidade de crenças e valores e, especialmente, o fortalecimento da mulher em relação ao seu potencial de conduzir o parto (PONTE; LUNA, 2003 Apud RODRIGUES, 1996).

2.3. O Movimento De Humanização Hoje

¹¹ A ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - é uma organização da sociedade civil que vem atuando desde 1993 em forma de rede de associadas(os) em todo o Brasil (REHUNA,2018).

Como apontado em tópicos anteriores, a discussão acerca da humanização do parto não é novidade, porém desde o ano de 2012 o debate tem se intensificado tanto nas mídias tradicionais (televisão, jornais), quanto, e principalmente, nas redes sociais (LUZ & GICO). Alguns fatos podem explicar, ou pelo menos apontar possíveis explicações para a evidência atual do tema. Por exemplo, em 2011 em entrevista ao Fantástico, programa dominical da Rede Globo, o médico-obstetra e professor da Unifesp, Jorge Kuhn defendeu em rede nacional a segurança do parto domiciliar. Diante da afirmação do obstetra, o CREMERJ despacha uma denúncia contra o médico ao CREMESP. Mais tarde diversas entidades médicas, como o CFM¹² e a Febrasgo, também se posicionaram contra o incentivo ao parto domiciliar.

Neste mesmo ano, movidas pela indignação da postura resistente das supracitadas entidades de medicina e obstetrícia, mulheres de pelo menos 21 cidades brasileiras foram às ruas, a movimentação ficou conhecida como a Primeira Marcha Pelo parto em Casa. A marcha reuniu cerca de cinco mil mulheres em todo o país (REVISTA CRESCER, 2012) e as principais reivindicações eram: a livre escolha do tipo e lugar do parto; menos intervenções no parto e nascimento e melhor atendimento nas maternidades.

Na época, Daphne Rattner, professora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e presidente da ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento), uma das entidades presentes na marcha, disse em entrevista à Revista Crescer que “A mensagem da marcha é que nós, mulheres, podemos escolher como queremos o nosso parto. Afinal, o corpo, o filho e o parto são nossos”. Segundo Diniz, há a retomada, pelas gerações atuais, do interesse de práticas de autoconhecimento, tanto na saúde reprodutiva, quanto nos outros aspectos e ciclos da vida das mulheres. A luta por partos menos violentos, com menos intervenções se inserem nessa ideia de busca pelo natural, no que a autora denomina como narrativas subversivas.

¹² O Conselho Regional de Medicina publicou em agosto de 2012, em sua página virtual, uma nota de recomendação onde afirma que o ambiente hospitalar como mais seguro e adequado para o parto.

Figura: 5 Militante na Marcha pelo Parto



Fonte: Edu Saraiva/AE, 2012.

A Paraíba também foi palco de movimentos de rua em defesa do parto humanizado, como a Marcha pela Humanização do Parto, que ocorreu em agosto de 2012 na cidade de João Pessoa. As reivindicações pautadas pela marcha tinham pontos convergentes com a pauta nacional, mas também foram introduzidas exigências específicas para as paraibanas, como a criação de Casas de Parto no estado e a adequação de salas de parto nas maternidades públicas e privadas. A marcha não teve ampla cobertura jornalística pelos meios de comunicação locais, o que foi alvo de críticas de ativistas, médicos e pesquisadores que defendiam a importância do debate sobre humanização do parto no estado.

Em campina grande tivemos a marcha pela abertura da casa de parto no ISEA, em 2018. Uma ação entre militantes, doulas, mães e gestantes que buscavam explicações sobre o porquê do Centro de Parto Normal, concluído em 2016, não estar funcionando. As mulheres foram às ruas exigindo, mais do que uma resposta, mas a abertura imediata do serviço de saúde.

Para além das marchas pelo parto iniciadas em 2012, o Estado da Paraíba, mais especificamente a cidade de Campina Grande, não é desconhecida do movimento pela humanização da assistência ao parto. Aqui temos nomes internacionalmente importantes no cenário atual do movimento, Como a médica e pesquisadora Melânia Amorim, responsável pela implementação, no ano de 2007 de um Projeto-Piloto de Humanização da Assistência ao Parto na única maternidade pública de Campina Grande (AMORIN et al. 2010), o Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, popularmente conhecido como ISEA¹³, O Projeto, reconhecido nacionalmente, obteve resultados significativos o que auxiliou, em grande medida, a mudança de práticas obstétricas na instituição. Além

¹³Instituição presente em muitos momentos deste texto, visto que uma parte das interlocutoras tiveram suas experiências de parto nesta maternidade.

disso, o Projeto colocou a cidade de Campina Grande como uma importante referência de assistência humanizada para o Brasil e também para o mundo.

A visibilidade do movimento a partir de 2012, principalmente pelas redes sociais (LUZ & GICO, 2017), permitiu com que inúmeros grupos presenciais de apoio ao parto humanizado surgissem nos mais diversos locais do país. Esses grupos, diversificados em suas composições e abordagens, fazem parte, em certa medida, do próprio movimento de humanização que em sua dinâmica tem múltiplas formas de se organizar. Compostos em sua maioria por mulheres-mães e suas famílias, os grupos de humanização buscam compartilhar experiências; informar gestantes sobre práticas obstétricas humanizadas; discutir a realidade da assistência ao parto no Brasil e servir como rede de apoio para mulheres e famílias que buscam outras formas de vivenciar o parto.

[...]Constitui-se de densa e complexa diversidade social, possuindo, entre seus ativistas e defensores, desde a classe médica e profissionais que trabalham com gestação e parto até famílias de todas as classes sociais que optaram por partos humanizados ou que tiveram essa possibilidade tolhida e decidiram lutar contra o sistema. Veja-se que os maiores ativistas são exatamente as gestantes e suas famílias, que tomam o movimento para si [...] (LUZ & GICO, 2017, p. 16).

O direito ao corpo continua como cerne da luta pela humanização da assistência ao parto, assim como dos grupos que adotam a perspectiva da humanização para criar redes de informação, apoio e compartilhamento de experiências, vivências de gestar, parir, nutrir, criar. O grupo de apoio ao parto normal/natural/humanizado presente neste trabalho se insere nesse contexto da atual visibilidade do movimento de humanização com seus desdobramentos e suas novas (?) demandas e sujeitos. No capítulo seguinte apresento, através de uma etnografia, a história, a composição ea forma como atua a Roda Germinar.

CAPÍTULO III - CAMINHOS METODOLÓGICOS

1. Os Passos da Pesquisa

Ao partir da ideia de que o direito ao corpo é o elemento central na luta pela humanização do parto, esta Dissertação tem como objetivo analisar, se e como, as mulheres que compartilham o espaço da Roda Germinar enquanto lugar de troca de informações e experiências sobre práticas humanizadas na assistência obstétrica, tem fundamentalmente questionado e buscando (re)significar discursos acerca de seus corpos, a partir das experiências de gestação e parto.

Para tanto, alguns caminhos foram tomados. Primeiramente foi realizada uma breve revisão da literatura acerca das implicações históricas na configuração dos discursos sobre o corpo feminino, destacando o parto como um elemento importante para essa análise, empreendimento realizado no capítulo anterior.

A segunda etapa, diz respeito a um esforço etnográfico para apreender os discursos sobre os corpos femininos e suas re-significações a partir das experiências de gestação e parto, compartilhadas pelas participantes do grupo escolhido como campo de trabalho. Esse esforço se divide em três momentos: minha inserção num campo onde sou nativa e ao mesmo tempo pesquisadora; um levantamento de dados sobre o campo em questão, com a aplicação de um questionário sócio-clínico às participantes (e ex-participantes) do grupo estudado, paralelamente a esses dois momentos, a realização de entrevistas individuais com algumas das participantes do grupo.

A terceira etapa deste trabalho (talvez o mais difícil) corresponde à análise dos dados descritos na etnografia, das sistematizações das entrevistas, com o objetivo de teorizar o debate. Utilizando a análise do discurso como uma técnica para as possíveis leituras das informações. Neste capítulo me detenho a descrever e sistematizar os dados coletados através do diário de campo e notas do campo feitas a partir da interação, enquanto pesquisadora, com o grupo; expor as informações coletadas através do delineamento dos aspectos sócio-clínicos do grupo; descrever os elementos metodológicos da realização das entrevistas.

A pesquisa de natureza qualitativa é, principalmente, utilizada como ferramenta/caminho para lidar com as descrições e interpretações da realidade social com bases em dados interpretativos (RESENDE, 2008). A escolha da metodologia qualitativa foi especialmente pelo seu caráter potencialmente crítico que possibilita identificar, por exemplo, as relações de poder cristalizadas nas camadas/teias produzidas nas relações sociais em determinados espaços e épocas. Me valendo de algumas técnicas e métodos, como a etnografia, as entrevistas semi-estruturadas e a análise discursiva (como método teórico-metodológico), procurei não explicar, mas trazer uma das possíveis interpretações acerca do tema já abordado. A seguir a descrição das técnicas utilizadas. Lembrando que essas escolhas correspondem tanto aos objetivos empreendidos na dissertação, quanto às abordagens que foram utilizadas para estruturar cientificamente o trabalho.

1.2. Etnografia: um novo olhar sobre um lugar familiar

Quando elegi a minha própria sociedade como objeto de pesquisa, fatalmente assumi que a minha subjetividade deveria ser, permanentemente, não só levada em consideração, mas incorporada ao processo de conhecimentos desencadeado [...] deveria tentar não escamotear a sua interferência, mas aprender a lidar com ela (VELHO, 1986, p. 18).

O objeto, as metodologias, as ferramentas de coleta, os (as) interlocutores (as), o campo, incluindo a escrita, tudo é fruto de escolhas e de análises dessas escolhas (OLIVEIRA, 2014). Por tanto, alguns caminhos foram escolhidos na realização deste trabalho

Quando nos envolvemos com processos de pesquisa, estamos sempre fazendo escolhas, motivadas por diversos fatores, mas estamos sucessivamente escolhendo, principalmente nas pesquisas de abordagem qualitativa (isto não anula as outras abordagens) que envolvem o campo empírico dos sujeitos sociais (OLIVEIRA, 2014, p. 70).

A etnografia é um método de pesquisa que surge na Antropologia, no século XIX. Nasce como alternativa à forma como se produzia as pesquisas na disciplina. Nesta época os estudos antropológicos voltavam-se para reconstituição dos estágios evolutivos da civilização humana, com ênfase nas pesquisas sobre os povos ditos

primitivos, essas análises eram produzidas através da leitura de relatos de viajantes, missionários e outros observadores que partiam em expedições (URIARTE, 2012) . O pesquisador, tido como o especialista erudito nessa divisão de tarefas, não tinha contato direto com os povos que buscava analisar o que pode explicar análises marcadas fortemente por teorias etnocêntricas (CHIESA &FANTINEL, 2014).

Falavam, assim, dos hotentotes da África do sul, do “índio americano”, dos “índios canadenses”, sem nunca ter visto um “índio” de “carne e osso”. Perguntado certa vez se ela tinha visto um, James Frazer, o especialista em religião e magia nos ditos povos primitivos, respondeu: “Deus que me livre!”. Nessas condições, não era de se estranhar que os textos antropológicos fossem um acúmulo de afirmações e teorias etnocêntricas (URIARTE, 2012, p. 3).

No final do século XIX os antropólogos passam também a integrar expedições aos mais diversos lugares do mundo e, mesmo que de maneira rápida e sem comunicação, encontram-se com os povos que só conheciam pelos relatórios. Essa mudança trouxe um novo olhar para antropologia. Mas é partir de Malinowski que a ruptura com o antigo método antropológico acontece. Em 1922, ao escrever *Argonautas do Pacífico ocidental*, o autor traz de forma rigorosa a formulação do que é o método etnógrafo (URIARTE, 2012).

É enorme a diferença entre relaciona-se esporadicamente com os nativos e estar efetivamente em contato com eles. Que significa estar em contato? para o etnógrafo significa que sua vida na aldeia, no começo uma estranha aventura por vezes desagradável, por vezes interessantíssima, logo assume um caráter natural em plena harmonia com o ambiente (MALINOWSKI, 1978 p. 21).

O estar em contato apresentado por Malinowski, possibilitou mudanças radicais no fazer antropológico, que deixou de ser centrado na sociedade do pesquisador e passou a considerar a *visão dos nativos* como um dos pontos fundamentais para entender os mais diversos aspectos de um povo que se pretendia estudar, a antropologia foi perdendo cada vez mais seu caráter etnocêntrico (URIARTE, 2012). Para considerar o olhar do nativo sobre seu próprio mundo, foi necessário a imersão do pesquisador no mundo do pesquisado (Malinowski, 1978), o método etnográfico, então, torna-se indispensável e inseparável da ciência antropológica.

A pesquisa etnográfica propõe descrever e interpretar o que as pessoas fazem em um determinado ambiente, os resultados de suas interações, o que compartilham entre si, usando principalmente a técnica da observação participante. Ou seja, esse tipo de pesquisa procura descrever o conjunto de entendimentos e de conhecimento específico compartilhado entre participantes que guiam seu comportamento naquele contexto específico (Hornberger, 1994):

Entendo a etnografia antes de tudo como maneira específica de conhecer a vida social. Sua peculiaridade: sua fundamentação existencial numa impregnação profunda, no pesquisador (em seu corpo e sua alma, em sua inteligência e sensibilidade), da imprescindibilidade da busca por aquilo que Eduardo Viveiros de Castro denominou 'diálogo para valer' com o Outro sendo o conhecimento forjado justamente a partir dos resultados desse diálogo (APUD FREHSE, 2011, p. 35).

Porém fazer etnografia não é somente descrever aspectos diversos de um grupo social, na verdade essa descrição deve ser densa e apreender os detalhes implícitos que configuram a identidade desse grupo, um esforço metodologicamente intelectual. Para Geertz (1989), praticar etnografia não é somente estabelecer relações, selecionar informantes transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário, *o que define é o tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma "descrição densa"*.

Segundo Mariza Peirano (2014), é preciso colocar no texto - em palavras sequenciais, em frases que se seguem umas às outras, em parágrafos e capítulos - o que foi ação vivida. Este talvez seja um dos maiores desafios da etnografia - e não há receitas preestabelecidas de como fazê-lo.

Etnógrafos fomos/somos ávidos em conhecer o mundo em que vivemos, nunca nos conformamos com predefinições, estamos sempre dispostos a nos expor ao imprevisível, a questionar certezas e verdades estabelecidas e a nos vulnerar por novas surpresas [...] hoje reavaliamos e ampliamos o universo pesquisado com o propósito de expandir o empreendimento teórico/etnográfico, contribuindo para desvendar novos caminhos que nos ajudem a entender o mundo em que vivemos (PEIRANO, 2014, pg. 389).

O Fazer etnografia é ao mesmo tempo desafiador e libertário, visto que a dificuldade em expressar textualmente aquilo que se vive no campo pode produzir

novas formas de se olhar o objeto analisado, assim como diversas formas de se conectar e se relacionar com o campo em que se insere.

O método etnográfico não se confunde nem se reduz a uma técnica; pode usar ou servir-se de várias, conforme as circunstâncias de cada pesquisa; ele é antes um modo de acercamento e apreensão do que um conjunto de procedimentos (MAGNANI, 2002, p.17 APUD URIARTE, 2012, p. 05).

De *Argonautas do Pacífico ocidental* para cá, a Antropologia, assim como o método etnográfico mudou consideravelmente, os pesquisadores, que antes se atentaram às sociedades menos complexas, passam a analisar também os grupos pertencentes à sua própria sociedade (CHIESA & FANTINEL, 2014, p. 02). Essa mudança *no locus* de análise possibilitou, entre outras coisas, a aproximação do pesquisador com a sua própria cultura. Analisar o que é familiar ao investigador pode parecer, em um primeiro momento, uma experiência de fácil ou cômoda realização, porém, como aponta Gilberto Velho (2010) “alguma coisa ser familiar não significa que ela seja conhecida”, assim minha participação no grupo me localiza enquanto nativa ao mesmo tempo que pesquisadora.

A investigação do que é familiar a partir do esforço etnográfico requer do pesquisador uma relativa objetivação e relação ao campo (VELHO, 1975), visto que para inferir as proposições daquilo que foi analisado, o investigador necessita entrar no campo com um olhar aguçado e perceber em quais momentos suas conclusões sobre determinados fatos são originárias de sua própria subjetividade, é preciso portanto um estranhamento do que é familiar. E isso só é possível, segundo Velho (1975) "quando somos capazes de confrontar intelectualmente, e mesmo emocionalmente, diferentes versões e interpretações existentes a respeito de fatos e situações".

Esse estranhamento não é uma tarefa fácil ou simplória, requer o abandono, em certa medida, de estereótipos, hábitos, classificações que se tenha sobre o grupo investigado. Mas também é importante pontuar que na investigação científica não há possibilidade de um afastamento total, isso se dá tanto para pesquisas de sociedades/grupos/comunidades exóticas, quanto nas que mantemos uma relação de familiaridade.

Estranhar esses valores, ou seja, elaborar uma crítica axiológica, destarte, é o primeiro passo para conhecer o objeto que se propôs a estudar. O que quer dizer que, ao cercar o objeto através da crítica axiológica dos valores do próprio pesquisador, remete o pesquisador a outro processo de escolha. Nesse novo processo o pesquisador submete o objeto estudado a diversas perspectivas de análise e escolhe o arcabouço teórico e metodológico que melhor se adequa a análise do objeto (KOURY, 2015, p.11).

Gilberto Velho (1975) aponta também para importância/necessidade de se investigar os espaços "familiares" como uma forma de entender, a partir dos diversos grupos que compõem o espaço urbano, as mudanças sociais produto das dinâmicas vivas e fluentes de interações cotidianas, que nos atravessam: “De qualquer forma o familiar, com todas essas necessárias relativizações década vez mais objeto relevante de investigação para uma Antropologia preocupada em perceber a mudança social não apenas ao nível das grandes transformações históricas mas como resultado acumulado e progressivo de decisões e interações cotidianas.” (p.132).

1.3. Observação Participante:

Lapassade (2001), considera a existência de três tipos de observação participante: 1) observação participante periférica; 2) observação participante ativa e 3) observação participante completa. Esta última se divide em duas categorias, por oportunidade, caso o investigador seja já membro da situação que irá estudar, e por conversão, como forma de cumprir uma recomendação etnometodológica, segundo a qual o investigador deve tornar-se o fenômeno que estuda (FINO, 2005). O presente trabalho se insere na observação participante do tipo “por oportunidade”, visto a participação no grupo estudado se deu anterior à pesquisa. O diário de campo, os cadernos de notas, fotos, imagens compartilhadas pelo grupo, também serviram de ferramentas para análise deste trabalho, assim como a utilização de alguns dados quantitativos sobre aspectos específicos das participantes. Outra importante ferramenta presente nesta análise foram as entrevistas semi-estruturadas realizadas individualmente com algumas participantes do grupo.

1.4. Do Diário de Campo:

Segundo Geertz (2008), a descrição deve ser densa para diferenciar as expressões, espaços, tempos, saberes e regras de um grupo social, interpretando melhor os significados e símbolos culturais presentes na realidade analisada (OLIVEIRA, 2014). O diário de campo torna-se uma importante e indispensável ferramenta nesses tipos de análises densas de dinâmicas dos grupos, cotidianos, lugares, escolhidos como campos de trabalho. A escrita do diário de campo não é utilizada apenas para descrever os acontecimentos apreendidos no campo, ele serve muito mais como um dispositivo metodológico que ajuda o pesquisador a sistematizar suas próprias idéias, pensamentos, dúvidas, discordâncias que se desenrolam no fazer etnográfico.

Ele é o espaço fundamental para o(a) antropólogo(a) arranjar o encadeamento de suas ações futuras em campo, desde uma avaliação campo, dúvidas conceituais e de procedimento ético. Um espaço para o(a) etnógrafo(a) avaliar sua própria conduta em campo, seus deslizes e acertos junto às pessoas e/ou grupos pesquisados, numa constante vigilância epistemológica. (ROCHA et ECKERT, 2008, p. 15).

Em meus cadernos de campo, assim como nas notas produzidas durante os encontros no grupo, tentei expressar de maneira clara minhas apreensões acerca das falas, gestos, ações das interlocutoras - e em algumas vezes interlocutores (raras vezes os homens participantes dos encontros falavam algo) e isto foi também anotado em umas das observações no meu diário – a fim de, na revisitação dos escritos, conseguir visualizar as dinâmicas por trás de tais elaborações.

Os comportamentos, as ações, as atitudes, as palavras etc. envolvem significados, representam valores, pressupostos etc., próprios do sujeito e do ambiente sociocultural e econômico ao qual este pertence. Sob cada comportamento, atitude, ideia, existe um substrato que não podemos ignorar se quisermos descrever o mais exatamente possível um fenômeno. (TRIVIÑOS, 1987, p.155.)

1.5. Leitura/Análise do Material: Técnica de Análise do Discurso

Em posse do material produzido no trabalho de campo e pelas entrevistas, foi feita a organização dos dados da seguinte forma: a) transcrições dos áudios gravados durante as entrevistas; b) leituras do material, a fim de identificar os elementos centrais; c) categorização. Os eixos temáticos foram categorizados tomando alguns

elementos como norteadores: o corpo que gesta, o corpo manipulado e o corpo que pare. A partir desses eixos temáticos pretendo apreender os elementos principais mobilizados pelas participantes nas narrativas sobre seus corpos na experiência da gestação, o pré-natal e o parto.

Ao adentrar o campo estive munida de algumas bases teóricas, meia dúzia de suposições e de meu caderno de notas. A variedade de temas, categorias, teorias que o campo trouxe me fez perceber o quão diversos são os sujeitos e suas vozes. Bem longe de querer encontrar verdades ou explicações "certas", o exercício de leitura e interpretação do campo, presente nesta dissertação, buscou, antes de tudo, encontrar as distâncias, aproximações, confluências, rupturas e continuidades da relação entre as formações discursivas da medicina obstétrica vigente e o luta/busca pelo parto humanizado. Abaixo segue o quadro de categorias e subcategorias elaboradas a partir da técnica de Análise do Discurso.

Quadro 2: Sistematização dos Temas

Discursos Sobre o Corpo	
Corpo que Gesta, Corpo Manipulado e	
Corpo que Pare	
Maternidade	Medicalização
Feminilidade	Segurança/Risco
Beleza	Poder de Escolha
Essência Feminina	Autonomia
Empoderamento	Natureza X Cultura
Cuidado de Si	Naturalização

Fonte: Feito pela autora, 2019.

Primeiramente acho necessário esclarecer alguns pontos antes de seguir com a descrição da técnica utilizada para interpretação dos dados: 1) neste trabalho, cujo um dos elementos centrais é o discurso, ou melhor, discursos, a escolha pela técnica da análise do discurso se deu, principalmente, por considerá-la um caminho metodológico

e teórico que permite sustentar de forma coerente tanto o objeto, quanto às abordagens, pois sua interdisciplinaridade permite um olhar multilateral para o mesmo problema; 2) a teorização sobre os discursos analisados será feita no capítulo seguinte, por agora a análise do discurso será tomada enquanto técnica que permite ao pesquisador uma organização metodológica do material levantado, que neste caso corresponde aos dados da etnografia e os dados das entrevistas.

Existem ao menos 57 variedades de Análise do Discurso, com tradições teóricas variadas, enfoques diversos, porém que esses diferentes estilos parecem ter em comum, ao tomar como objeto o discurso, é que partilham de uma rejeição da noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir, ou descrever o mundo, e uma convicção da importância central do discurso na construção da vida social (AQUINO & MUTTI, 2006, p. 680). A perspectiva utilizada nesta dissertação é a perspectiva discursiva de linha francesa, que segundo Orlandi (1983) atualmente, é uma das tradições teóricas de AD mais utilizadas para analisar discursos.

A Análise do Discurso surge em 1960 como crítica aos estudos lingüísticos da época, que apenas se atentaram para a análise da forma dos textos e não consideravam o contexto histórico, político e social do enunciador na produção dos discursos. Para a Linguística Estrutural os sentidos gerados pela interação discursiva estavam ligados ao próprio sistema discursivo, à sua forma. Com múltiplas abordagens, debates, a AD mais comumente utilizada no Brasil é a de origem da Escola Francesa, que tem como representantes estudiosos como Pêcheux, Barthes Foucault, entre outros (GREGOLIN, 1995).

A Análise do Discurso, como seu próprio nome indica, não trata da língua, não trata da gramática, embora todas essas coisas lhe interessem. Ela trata do discurso. E a palavra discurso, etimologicamente, tem em si a ideia de curso, de percurso, de correr por, de movimento. O discurso é assim palavra em movimento, prática de linguagem: com o estudo do discurso observa-se o homem falando (ORLANDI, 2003, p. 15).

Segundo Gregolin (1995), a Análise do Discurso enquanto método ganha força a partir da década de 1970 quando a fala, que classicamente nos estudos da lingüísticos era tomada como uma unidade individual, desorganizada, não passível de análise, passa

a ser considerada como fundamental para analisar os discursos. O seu desenvolvimento significou a passagem da Linguística da "frase" para a Linguística do "texto" (GREGOLIN, 1995, p. 13). A AD rompe com esse pensamento ao propor um estudo do sentido que considere a posição do sujeito dentro das instituições que ele participa e, num primeiro momento da constituição da disciplina, a vinculação ideológica do sujeito. A grande diferenciação da AD é a incorporação de outras disciplinas para a formulação de uma teoria do sentido: 1) a Linguística; 2) a teoria Marxista e 3) a Psicanálise. Em um primeiro momento a AD propunha um estudo do sentido considerando a posição do sujeito falante dentro das instituições que ele participa a partir de uma vinculação ideológica do sujeito (incorporada através do conceito de ideologia de Althusser¹⁴). A partir de Michel Foucault à Análise do Discurso é incorporado o conceito de formação discursiva e a análise não começa pelo Sujeito, mas consiste em pensar os processos de objetivação e subjetivação que antecedem à constituição deles (PEZ, 2006). Foucault rejeita o conceito de ideologia, pois para o autor o poder não atua apenas oprimindo ou dominando as subjetividades, mas, principalmente, participando do seu processo de construção (ALVES & PIZZI, 2014). Neste trabalho tomo como norte as contribuições de Foucault, por entender que sua perspectiva possibilita a compreender e problematizar o saber obstétrico enquanto formação discursiva que se colocado é percebido como verdade absoluta.

Através de quais jogos de verdade o homem se dá seu ser próprio a pensar quando se percebe como louco, quando se olha como doente, quando reflete sobre si como ser vivo, ser falante e ser trabalhador, quando ele se julga e se pune enquanto criminoso? Através de quais jogos de verdade o ser humano se reconheceu como homem de desejo? (FOUCAULT, 1984, p. 13).

“Os sentidos vão se estabelecendo através de já ditos ou já construídos, ora retomando discursos em forma de paráfrase e reproduzindo sentidos, ora em uma disputa acirrada de efeitos discursivos” (SOARES, 2007, p. 183). Ao empreender uma investigação utilizando a metodologia da AD é necessário que o pesquisador(a) possibilite em sua análise uma construção delimitação que leve em consideração pelo menos duas diferentes formações discursivas, que apresente as relações entre essas formações, entendendo que elas podem, por exemplo, antagônicas ou complementares, é necessário que os discursos não sejam analisados de maneira isolada, como se fossem

¹⁴ Althusser, em linhas gerais, define a ideologia enquanto prática, na qual por meio das interpelações, constituem sujeitos em uma relação imaginária com suas condições reais de existência (CHAGAS, 2012)

dotados de certa autonomia. As falas tem sentido e direções, não são abstratas ou fruto do acaso. Na pesquisa qualitativa, que busca uma investigação crítica das relações sociais/políticas/econômicas produzidas pelos sujeitos, a técnica da AD é uma importante ferramenta, não para a produção de verdades, mas para trazer à tona o que está entre o dito e o não dito.

Na interpretação é importante lembrar que o analista é um intérprete, que faz uma leitura também discursiva influenciada pelo seu afeto, sua posição, suas crenças, suas experiências e vivências; portanto, a interpretação nunca será absoluta e única, pois também produzirá seu sentido (AQUINO & MUTTI, 2006, p. 683)

2. Entre Etnografias e Entrevistas, as Interlocutoras

2.1. O Campo: Roda Germinar:

Figura: 6 Cartaz da Roda



Fonte 3: Imagem retirada da página pública do grupo no Instagram, 2018.

A realização desta pesquisa passa pela minha inserção no campo, mesmo antes de tomar o grupo em questão como objeto de análise. Como exposto anteriormente em

alguns trechos desta dissertação, essa pesquisa nasce junto com minha gravidez, em 2014, e parte do que me mobilizou a escrever este trabalho, advém de minha participação como gestante e posteriormente mãe, ativista pela humanização do parto e nascimento e pesquisadora. Mesmo estando na Roda Germinar desde 2014, a temporalidade desta pesquisa corresponde um período que vai de março de 2018 a dezembro de 2018. É válido informar que durante esse período, em abril de 2018, fui integrada à moderação do grupo e passei de participante a organizadora. Para manter uma distância metodológica que me permitisse uma análise de fato, busquei me manter neutra das decisões acerca dos temas. E facilitei apenas um encontro, fora do período estudado. Minha posição enquanto pesquisadora sempre foi aceita e incentivada pelas moderadoras, mesmo antes da seleção mestrado, o que me possibilitou um acesso tranquilo aos encontros.

As informações sobre a criação, a mudança de nome, a alteração temática das discussões, foram obtidas através de uma entrevista com uma das organizadoras da Roda, no ano de 2018, em sua residência.

O grupo surge em outubro de 2013, em Campina Grande-PB, diante do contexto obstétrico caótico e problemático, tanto nacionalmente, quanto na esfera Estadual. É colocado por suas fundadoras, como um grupo de apoio ao parto normal. Inicialmente denominado como *Roda Gestar e Maternar* e atualmente conhecido como *Roda Germinar*¹⁵ ou simplesmente a “roda”.¹⁶ O grupo nasce com intuito de servir enquanto espaço de discussão e acolhimento para gestantes, casais e famílias que procuravam, na cidade de Campina Grande, formas mais respeitadas de vivenciar os processos de gestar e parir.

Visitar hospitais, conversar com profissionais da saúde, conhecer equipes multidisciplinares eram uma das atividades destas mulheres. Mas a principal delas era o encontro que acontecia gratuitamente aos sábados, quinzenalmente, no parque da criança. As mulheres e famílias eram/são convidadas a sentar em uma roda para conversarem sobre suas angústias, medos, expectativas e possibilidades (Clarice, advogada, 32 anos, co fundadora do grupo em CG).

¹⁵Em 2015 o grupo se desvincula da Roda Gestar e Maternar fundada em João Pessoa-PB, passando a se chamar Roda Germinar. A ruptura se dá por conta da formalização jurídica do Gestar Maternar de João Pessoa. Na ocasião é sugerida às organizadoras da “roda” de Campina Grande a criação de um novo nome e logotipo.

¹⁶ Nos diálogos presentes, tanto nos encontros programados, quanto em outros espaços socializados pelas participantes (Notas de Campo, 2018).

A roda nasce através do encontro de quatro mulheres em busca de um espaço, na cidade de Campina Grande, para discussões e acolhimento de casais e famílias que, vivenciando o processo de gravidez, procuravam uma experiência de parto respeitosa para mãe e bebê. Diante do número alarmante de cesarianas sem qualquer indicação no cenário brasileiro e local, a ideia inicial era discutir aspectos fisiológicos do parto vaginal, estudar indicações reais e fictícias de cesarianas e traçar metas para se efetivar o direito a um parto respeitoso na cidade de Campina Grande.

Um momento significativo vivenciado pelo grupo diz respeito à mudança de nome: Em 2015 o grupo passa por mudanças, de forma que o nome, a composição e os objetivos são repensados. Há a desvinculação com o grupo Gestar e Maternar passando a se chamar desde então Roda Germinar. Desde então os temas, antes mais voltados ao parto, nascimento, amamentação, passam a abranger outros aspectos da maternidade: introdução alimentar, puerpério, disciplina positiva, criação com apego, criação não sexista, maternidade e carreira, entre outros.

Em 2014/2015 a gestar e Maternar de João pessoa começou a tentar se formalizar enquanto pessoa jurídica. E aí a gente não fazia parte. Daí foi sugerido por elas que a gente deveria mudar o nome. Mudamos o nome e a programação visual, Logo, etc. (Clarisse, advogada, 32 anos, co fundadora do grupo em CG).

2.2. O Perfil da Roda Germinar:

Um dos objetivos específicos desta pesquisa foi levantamento de dados sobre as participantes do grupo, visto que a Roda não possui dados documentados sobre as mulheres que circulam nos encontros. O levantamento de dados sobre o perfil da R.G. se fez necessário para a visualização da constituição do grupo. O arrolamento se deu através da distribuição virtual de formulários com questões¹⁷ sobre renda, escolaridade, tipo de parto, etc.

A intenção principal deste levantamento de dados seria o de analisar o perfil sócio-clínico do grupo e poder inferir sobre quem são as mulheres que fazem a Roda Germinar. Os formulários foram disponibilizados através de um link¹⁸, distribuídos em grupos de redes sociais que são compartilhadas pelas participantes da R.G, como grupos de whatsapp e Instagram. O método de aplicação se deu por internet, por ter um

¹⁷ Ver anexo I.

¹⁸ Ver anexo ?

alcance maior, visto que a participação nos encontros pessoais da R.G. variam a depender do tema e foram aplicados também presencialmente durante os encontros.

Participaram da pesquisa 26 mulheres com idades entre 21 e 39 anos, que residem majoritariamente em Campina Grande, porém registraram-se participantes de cidades circunvizinhas como Lagoa Seca – PB, Queimadas – PB e Junco do Seridó – PB. Também de outros Estados, como Alagoas, Pernambuco e Rio Grande do Norte. Algumas participantes moradoras de outras cidades e outros estados mantêm um contato com o grupo, principalmente através das redes sociais, e na ocasião de estarem em campina “num dia de roda” comparecem e participam ativamente.

Afirmaram participar da roda com frequência, 55% das entrevistadas, como visualizado no gráfico abaixo. Porém o dado que chama atenção é que 40% das participantes da pesquisa alegam que participaram, mas não freqüentam mais a roda. Esse dado pode ser explicado por alguns fatores como a mudança de cidade, as dificuldades de locomoção depois da chegada dos filhos, falta de tempo diante da rotina exaustiva que acompanha muitas mães, a não identificação com determinados temas propostos pelas moderadoras da roda e também a ideia de que a participação no grupo não faz mais sentido após conseguir ou não a realização do parto esperado.

Participantes tidas como da “velha guarda”¹⁹ foram ao encontro de hoje. Uma das facilitadoras atribui às aparições dessas pessoas o fato do tema chamar atenção. A conversa planejada para o encontro foi o desfalde. A maioria das que estavam lá tem crianças nesse processo (notas de campo, 2018).

Gráfico 1: Frequência da Roda Germinar



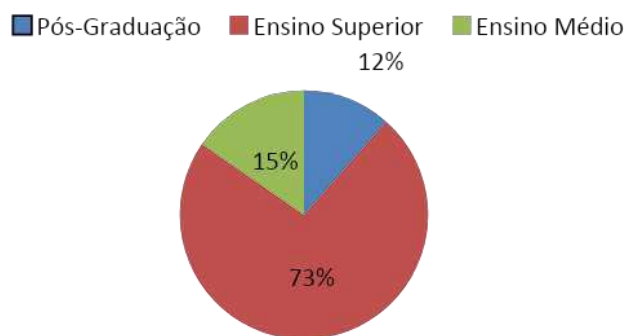
¹⁹As participantes mais antigas são classificadas como da velha-guarda. A rotatividade de participantes fez com que um grupo que frequenta a roda desde o começo, ganhasse esta classificação.

Fonte: Feito pela autora.

Como podemos perceber no gráfico abaixo 75% das entrevistadas possuem Ensino Superior. São advogadas, professoras, funcionárias públicas e autônomas. Apesar da diversidade de profissões, as participantes têm em comum o fato possuírem grau elevado de escolaridade o que pode indicar um melhor acesso às informações acerca da gestação e do parto.

Na apresentação de hoje algumas mulheres iniciaram a fala indicando suas profissões. Boa parte delas funcionárias públicas e professoras. Notei essa fala em alguns encontros, importante lembrar que estas falas demarcam posições de classe no grupo (notas de campo, 2018).

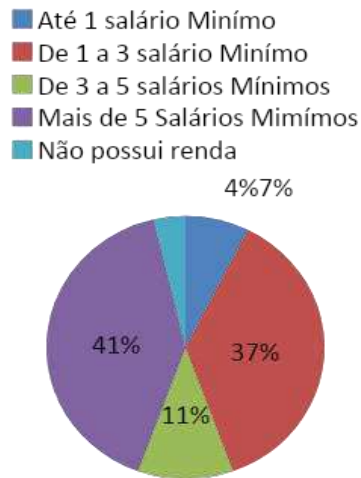
Gráfico 2: Escolaridade das Participantes



Fonte: Feito pela autora (2019).

A renda é outro dado relevante, 41% das pesquisadas afirmaram receber mais de cinco salários mínimos e 37% alegaram ter uma renda entre 1 e 3 salários mínimos. Isso mostra que o perfil majoritário das participantes está inserido entre as classes B e C (FGV,2019).

Gráfico 3: Renda das Participantes



Fonte: Feito pela autora.

A pesquisa acerca do perfil do grupo revela também que 66% das integrantes possuem apenas um filho; são mulheres entre 26 e 33 anos; 37% delas foram atendidas pelo SUS durante a gestação, 29% por plano de saúde e 15% pagaram diretamente pelo atendimento. Sobre o parto, 63% das entrevistadas afirmaram que durante a gestação tiveram preferência pelo parto hospitalar, enquanto que 37% afirmaram que a preferência era pelo parto domiciliar.

A Roda organizou um encontro com enfermeiras obstétricas para falar sobre parto em casa. As enfermeiras em questão são da cidade de João Pessoa e há algumas semanas assistiram a um parto domiciliar. Na ocasião, algumas mulheres interessadas na temática aproveitaram para tirar dúvidas com as profissionais. Apesar de terem mediado a vinda das E.Os. boa parte da moderação não compareceu no encontro, o que foi criticado pelas enfermeiras. Uma delas perguntou em tom chateado sobre o “restante das facilitadoras” (notas de campo, 2018).

Mesmo com tantos equipamentos percebo que as mulheres ainda não sentem segurança no PD. outras disseram que até queriam, mas falta ter condições para pagar: M1 "se acontece algo, tem como ir para o hospital correndo? vocês garantem esse plano B?" M2 "uma equipe assim deve ser cara né?"(notas de campo, 2018).

Gráfico 4: Tipo de Atendimento Durante o Parto



Fonte: Feito pela autora (2019).

Um dos dados mais significativos revelados pela pesquisa do perfil do grupo indica que 66% das participantes da pesquisa não tiveram o parto desejado. A pergunta sobre a satisfação como o tipo de parto realizado deixava a opção de explicar os motivos, caso a participante assinalasse a opção “Não”. Surgiram diversas explicações, porém agrupei-as em três categorias: 1) cesárea indicada, porém não desejada e 2) cesárea por insegurança e 3) violência obstétrica no atendimento. Algumas mulheres relataram no questionário que apesar de entender a indicação da cirurgia a que foram submetidas, se prepararam para o parto normal e a cesárea minou seus planos. Outras relataram que o medo e a insegurança em relação ao parto normal, fizeram optar pela cirurgia, ainda que o p.n. fosse o idealizado. Ainda teve aquelas que mesmo passando pelo parto que tinham preferência, o atendimento violento retirou a sua satisfação. Alguns trechos das experiências relatadas podem elucidar melhor esta questão:

Caso 1: Desejava um parto normal natural, porém não entrei em TP, tive fissura na bolsa e o bebê estava para entrar em sofrimento, precisei ir para cesariana (Participante 5, 2018).

Caso 2: Durante toda a gestação fui me preparando para o parto normal, porém não tive apoio de minha família que nas primeiras contrações logo marcaram minha cirurgia. Desmarquei, remarquei, mas acabei indo pra cesárea por medo. Este foi o motivo, falta de apoio, pois se eu tivesse tido mais apoio teria conseguido ter tido meu

parto do jeito que desejava. Mas numa próxima gestação irei me preparar melhor. (Participante 23, 2018).

Caso 3: Demorei de considerar a possibilidade de um PD, e quando achei uma equipe possível para mim não tinha mais dinheiro. Poderia até negociar, mas tive medo de me desorganizar financeiramente logo na chegada do meu filho. Tentei apostar na casa de parto, mas fiquei fora do protocolo. Se eu tivesse cogitado o PD antes, teria aberto mão de outras coisas e conseguiria pagar. Achava que era muito fora da minha realidade, e quando achei uma equipe possível para meu orçamento já tinha investido em outras coisas. Acho que pesou também deixar mais para o final, faltou também coragem para bancar. Por outro lado, como não consegui ter na CPN, optei em buscar o atendimento do plano, com uma médica da equipe da obstetra que me acompanhou no pré natal e essa médica de cara começou a impor a cesárea. Sofri violência psicológica e tive uma experiência horrível, quase nada do meu plano foi respeitado (Participante 02, 2018).

Diante dos dados levantados e aqui descritos, a Roda Germinar é constituída em sua maioria por mulheres numa faixa-etária de 26 a 33 anos; com filhos únicos; a maioria trabalha em ocupações dos estratos médios (REZENDE, 2008; foram atendidas majoritariamente pelos serviços do SUS, tanto na gestação quanto no parto; tem como preferência o parto normal hospitalar. Esses dados representam apenas a realidade do grupo em questão e podem destoar dos dados nacionais sobre a mesma temática.

O delineamento dos dados, acima descritos, configura com um importante recurso para a realização deste trabalho, pois fornece uma imagem descritiva do grupo e das mulheres analisadas. Através desse levantamento torna-se possível inferir que as participantes inseridas nesta pesquisa fazem parte de um grupo mais ou menos homogêneo de mulheres instruídas academicamente, com profissões definidas e bem colocadas no mercado de trabalho, detentoras de certo poder aquisitivo e compartilham os discursos, direta ou indiretamente, que cercam o imaginário da humanização do parto e nascimento (REZENDE,2014).

2.3. Os Encontros:

Minha inserção no campo como pesquisadora se deu em março de 2018. Em uma conversa prévia com umas das organizadoras falei sobre a possibilidade de pesquisar o

grupo e tive uma resposta positiva, tanto da moderação quanto das participantes. Como membro do grupo e conhecida pelas outras participantes meu papel de pesquisadora se misturou muitas vezes com o de participante. Em alguns encontros recebi questionamentos sobre meu trabalho no sentido de entender o que eu pesquisa, mas nunca foi questionada minha presença ou registrei incômodo de alguma participante sobre minha presença, pelo contrário, minha participação sempre foi incentivada e elogiada.

Particpei de quase todos os encontros que aconteceram de março de 2018 á dezembro de 2018. Entre anotações e indagações, muitas vezes saía do papel de pesquisadora e incorporava o de integrante do grupo. Pesquisar a roda, ao mesmo tempo que participar dela enquanto mulher/mãe/doula, foi um dos maiores desafios desse trabalho. Olhar com outros olhos (de acadêmica) o espaço com que eu tinha uma relação de lugar seguro para o exercício da minha maternidade, ativismo, profissão me fez duvidar inúmeras vezes da minha capacidade de conciliar essa diversidade de papéis. Porém, sei que o exercício de observar os lugares, pessoas, eventos de maneira sociológica/antropológica/política é uma constantena vida de uma cientista social e que de maneira mais ou menos intencional fazemos nossos recortes da realidade exposta à nossa frente. Desse modo adentrei no campo sabendo de minhas limitações enquanto pesquisadora em formação, tentando lidar com minhas noções pré-concebidas pela aproximação com o grupo e exercitando minha imaginação sociológica para perceber nas entrelinhas das falas, gestos e situações como o grupo se colocava frente às questões da gravidez, do parto, dos saberes médicos, da humanização da assistência. Abaixo relato sobre esses encontros :

A Roda tem seus encontros aos sábados, quinzenalmente, em um parque aberto da cidade. A participação se dá de maneira gratuita, aberta a qualquer pessoa que tenha interesse nas temáticas. A divulgação da roda se dá por meio das redes sociais (Facebook e Instagram) também pela indicação de outras participantes, profissionais da saúde e doulas. Os encontros, com o formato de roda de conversa, contam sempre com pelo menos duas facilitadoras,partem da ideia de transversalidade, ou seja, os assuntos discutidos nos encontros, apesar de serem facilitados pela moderação, são conversados de maneira que todas e todos os participantes possam falar, expor suas dúvidas e responder os questionamentos levantados no decorrer do próprio encontro

Figura: 7 Horizontalidade do Grupo



Fonte: Página do Facebook da Roda Germinar, 2013.

Ao chegar pela primeira vez no grupo, as participantes ou os participantes – alguns homens participam dos encontros, levados, geralmente pelas companheiras, amigas, sobrinhas, filhas – deparam-se com os tapetes floridos estendidos sob as árvores do parque, encontram mulheres sentadas de forma circular, bebês e crianças geralmente no centro dos tapetes, ou correndo pelo parque²⁰. Quase sempre chegam timidamente e pouco falam. Ficam a observar as conversas paralelas, que sempre ocorrem antes do começo da “introdução ao tema”, entre as mulheres que já socializam há algum tempo naquele espaço. Durante a roda de apresentação (que acontece em todos os encontros, independentes de ter novos participantes ou não), quase sempre falam baixinho o nome, o porquê de estarem ali (grávida, mãe, curiosa do tema, profissional da saúde), a fala termina geralmente com um “estou aqui para aprender com vocês”.

²⁰Essa imagem descrita está presente em meu diário de campo, após perceber que em vários momentos escrevi em meu caderno de notas o comportamento das pessoas que chegavam pela primeira vez. Essa descrição me remeteu a minha própria chegada na roda (Notas de campo, 2019).

Figura: 8 Tapetes, Árvores e Conversas



Fonte 4: Imagem de arquivo pessoal, 2019.

Como os temas são previamente escolhidos pela moderação, muitas participantes chegam à roda pelo interesse em um debate específico. Algumas permanecem freqüentando, outras aparecem esporadicamente. A frequência muda de acordo com o tema e disponibilidade da própria moderação. Em alguns encontros presenciei a participação de três mulheres, duas delas da facilitação. A preocupação com o número de participantes é constante na fala das organizadoras, como pode se observar no trecho abaixo:

Durante um dos encontros, após a discussão do tema, ficaram somente as pessoas da moderação e surge o debate sobre a “demanda da roda”. “F1: Gente, precisamos conversar sobre essa diminuição da demanda da roda, tá muito baixa. Não sei... sentar e discutir umas idéias para aumentar o fluxo”. F2: “mulher, é assim mesmo, a roda é cíclica. Daqui a pouco estará cheia, mas concordo que a gente pode tentar ver uma forma de chamar mais gente”. (notas de campo, 2018).

Em algumas épocas do ano a roda ficava mais vazia e isso gerava alguns debates sobre organização de horários, temas novos, interação na página das redes sociais. A demanda nos encontros é sempre um tema recorrente, pois a organização do grupo usa a quantidade de participantes como termômetro para avaliação da roda. Durante os meses pesquisados, algumas ideias para “chamar mais público” foram colocadas em prática, como por exemplo, interagir mais nas redes sociais, com enquetes, pedidos de temas, rodas com temas escolhidos pelo público, também houve mudança de horário, as rodas eram aos sábados à tarde e passam a ser aos sábados de manhã. Segundo as facilitadoras e mudança se deu por uma demanda do grupo e da própria organização. Outra estratégia colocada em ação foi mesclar os temas didáticos, sejam eles, fases do trabalho de parto,

parto, amamentação, com temas mais diversificados como criação não sexista, criação anti-racista, igualdade de gênero, maternidade e feminismo²¹.

Figura: 9 Temas da Roda Germinar



Fonte: Imagem retirada da página pública do grupo no Instagram (2018).

Essa disposição dos temas também visava alcançar de forma mais abrangente as diversas fases em que estavam inseridas as participantes. Os encontros sobre parto; como lidar com a dor; fases do trabalho de parto; autopercepção na gravidez eram mais frequentados por mulheres grávidas, geralmente, do primeiro filho. Alguns temas eram classificados, pelas organizadoras e também pelas participantes, como temas “pesados”, destaque dois: sobre opuerpério, e sobre solidão materna. Essa classificação ficava evidenciada nas falas de introdução ao tema, feito pelas moderadoras, nas falas de apresentação e na discussão do tema. As rodas com temáticas mais diversificadas não apresentavam homogeneidade de participação, mas eram frequentadas geralmente pelas participantes mais antigas do grupo.

A gravidez era mencionada, nos momentos de apresentação, era sempre esperado que a participante gestante falasse sobre a idade gestacional e sempre havia uma troca de palavras de "tranquilidade" para aquelas que anunciavam que a chegada do bebê estava perto. Palavras como "que bom, que tá pertinho, né", "Vai dar tudo certo!", "agora é segurar a ansiedade", "vai ser lindo seu parto". O que demonstrava, na verdade, mais interesse no parto do que na gravidez e si. Durante o período pesquisado, a gravidez quase não foi tema dos encontros, na verdade apenas um encontro foi destinado a esse tema: "Não me chame de mãezinha: Gravidez, maternidade e feminismo". a proposta era discutir o tratamento dispensados às gestantes

²¹Esses temas também eram colocados pela moderação como forma de se posicionarem politicamente diante do contexto político vivenciado mais intensamente a partir de 2018.

por parte dos médicos, familiares, amigos, ou seja, como a gestante é vista pela sociedade. As participantes relataram que durante a gravidez foram, inúmeras vezes tratadas de forma infantilizada, como alguém sem informação ou poder de decisão, doentes, emotivas, nervosas, etc. Também foi falado sobre o paradoxo entre esse tratamento e a expectativa do "dar conta" de tudo, que a sociedade impõe sobre as mulheres em relação às suas atribuições de mães, profissionais, mulheres.

M1: fui atendida por um médico uma vez que veio com essa história de "mãezinha", eu disse meu nome três vezes e ele continuava, fiquei me sentindo uma criança". M2: "isso acontecia comigo também, mas eu dizia logo que era pra me chamar pelo nome". M3: e quando acham que a gente é doente e não pode fazer nada? eu queria responder, mas não consigo". M3: meu ódio é quando não deixam a gente comer nada, porque vai fazer mal pro bebê... eu comia escondida". Uma das moderadoras toma a fala e diz que o feminismo tem um papel importante na desconstrução dessa imagem da grávida, e das mulheres em geral, como crianças. M4 "eu entendo isso como tutela do nosso corpo e acho que a gente tem que se empoderar." M5: eu entendo que o feminismo é importante, mas não sou radical, tem mulher machista também" (notas de campo, 2018).

Os encontros sobre parto foram mais recorrentes : parto e suas complexidades, violência obstétrica, modelo obstétrico na cidade, parto domiciliar, papel da doula no parto. Os debates incluíam a humanização do parto, a importância das escolhas bem informadas empoderamento feminino, a escolha do médico/ equipe, a importância da família no apoio à escolha do tipo de parto, a cesariana como recurso importante para partos complicados. Nesses encontros as participantes que já haviam tido filhos sempre relatam aspectos de seus partos, compartilhavam suas experiências. A revisitação à própria experiência era recorrente nesses encontros, havia uma necessidade de informar os detalhes, as práticas médicas, a importância ou ausência da doula, as técnicas que usavam para diminuir a insegurança ou medo. A dor do parto aparecia tanto como dúvida das gestantes, quanto como um importante aspecto da experiência relatada.

M1: e a dor? ai gente, eu tenho medo só disso, não gosto de pensar" M2: "minha doula ficou com a mão inchada de tanta massagem que eu pedi, a dor só aliviava com ela me apertando". M3: "eu senti dor, mas não foi tão forte, a médica até colocou o soro (ocitocina) para ver se eu sentia alguma coisa". M5: . "eu pedi a anestesia no finalzinho, a dor tava demais, não aguentei". (notas do campo, 2018).

As experiências compartilhadas eram colocadas também sobre a escolha de profissionais e hospitais. Muitas mulheres relatam que a procura da roda, num primeiro momento, foi o de receber informações e ajuda sobre equipes e/ou hospitais que teriam uma assistência melhor. A maternidade pública da cidade, conhecida como ISEA, era tema de constantes debates. Algumas das mulheres, principalmente as que não podiam pagar por uma assistência, buscavam informações sobre os melhores plantões, médicos(as) que "faziam" parto humanizado. Apesar da moderação não indicar diretamente as instituições, as equipes ou profissionais, os relatos serviam como fonte de informações que circulavam nas conversas.

2.4. Eventos do grupo:

Acerca do posicionamento político colocado pelo grupo, ou melhor, pela moderação, alguns eventos foram significativos, como a luta pela abertura da casa de parto. A Roda Germinar participou da ação no dia 28 de abril de 2018. Na ocasião, a Associação de Doulas da Paraíba organizou a ação em conjunto com outras entidades e com o grupo germinar para cobrar da Prefeitura Municipal de Campina Grande um posicionamento acerca da abertura do Centro de Parto Normal na cidade, pois a construção já datava de quase dois anos e ainda não tinha sido inaugurada por, segundo a direção do hospital, falta de alguns equipamentos e da instalação da banheira de hidromassagem. O funcionamento do Centro de Parto Normal em questão era esperado com grande expectativa por partes dos militantes da humanização na cidade, visto que a única maternidade pública da cidade, que atende cerca de 500 partos por mês (AMORIN et al., 2010), sofre com superlotação, falta de leitos e equipamentos. Além de serem constantes os relatos de violência obstétrica em alguns plantões da maternidade.

Inaugurada em 2016, a Casa de Parto, ou Centro de Parto Normal do ISEA, conta com apartamentos individuais, equipamentos e uma boa estrutura para atender as parturientes de baixo risco. Perfeito né?! Porém, até agora, mesmo após a inauguração, a casa de parto está fechada! Sim, fechada. Enquanto o ISEA sofre com superlotação, falta de estrutura, entre outras coisas, nós temos uma Casa de Parto pronta sem funcionamento. Exigimos uma resposta e mais que isso: **EXIGIMOS A ABERTURA IMEDIATA DA CASA DE PARTO!** Isso é nosso direito! Por isso, pedimos a participação de todos, **NESTE SÁBADO, 28/04, NA PRAÇA DA BANDEIRA, CAMPINA GRANDE, às 08h!** (Roda Germinar, 2018).

Após a ação conjunta do dia 28 de abril de 2018, o CPN foi aberto e atualmente atende, gratuitamente, parturientes de baixo risco e oferece um atendimento que segue as diretrizes da OMS para partos normais.

Outra ação que correspondeu a essa tomada de posicionamento político frente aos desdobramentos na política nacional e municipal, foi a participação das moderadoras no ato denominado “Ele não!”, que ocorreu em outubro de 2018 em todo Brasil. Ainda que, individualmente, todas as moderadoras tenham se declarado contra o governo Bolsonaro, a exposição dessa declaração enquanto grupo ainda não tinha sido feita.

Figura: 10 Cartaz da R.G. para o Ato ELE NÃO



Fonte: Imagem retirada da página pública no Instagram do grupo germinar (2018).

Durante o encontro da roda, dias após as manifestações - F1: “Vocês acreditam que perdi vários seguidores em minha página profissional, por causa da campanha Ele Não? Mas não acho ruim, funcionou como filtro”. F2: “eu acho que isso (tomada de posição política enquanto grupo) vai influenciar o público da roda, acho que podem surgir novas pessoas e outras se afugentarem logo” (notas de campo, 2018).

Confesso que essa decisão por explicitar o posicionamento político da moderação, me preocupa enquanto participante, penso que pode haver retaliações de pessoas contrárias às idéias que estamos expondo (notas de campo, 2018).

Além dos encontros presenciais da roda, estive presente em palestras, encontros acadêmicos sobre a temática, audiências públicas sobre violência obstétrica e também roda de conversa sobre doulas. Esses momentos ajudaram a delinear melhor a pesquisa, a escrita e entender as dinâmicas presentes nos debates sobre gestação, parto e nascimento.

2.5. Entrevistas e Entrevistadas:

Apesar do trabalho de campo ter me possibilitado coletar um número significativo de dados, as entrevistas serviram para agregar esses dados e aprofundar as análises. Questões relacionadas às expectativas, à família, companheiro (a), consultas médicas, só poderiam ser apreendidas através das entrevistas individuais, pois nos encontros do grupo as informações eram mais soltas, pela própria dinâmica das conversas, e não oferecia muitas possibilidades de aprofundamento com as interlocutoras. Ajudaram também a acessar os relatos de parto com mais riquezas de detalhes. Todas as entrevistadas fazem parte da Roda Germinar, elas responderam ao questionário sócio-clínico (presente no anexo I deste trabalho), onde colocaram seus dados pessoais, algumas informações sobre o pré-natal e o parto e sobre a participação no grupo.

A entrevista versou sobre três momentos: a gestação e a percepção da mulher sobre o gestar; a gestação e o atendimento médico e por último o relato do trabalho de parto e do parto. Foram realizadas sete entrevistas, com roteiro semi-dirigido, ou seja, elaborado contendo as perguntas que contemplam os objetivos de pesquisa (RODRIGUES, 2017). Esse tipo de entrevista permite um diálogo mais flexível entre entrevistadora e entrevistada, o que faz com que a entrevista flua de maneira em ambas sintam-se confortáveis para perguntar-responder.

Cada entrevistada foi contactada de forma individual para o convite de participar da pesquisa. Dez mulheres aceitaram, porém por motivos pessoais das convidadas (agenda, horário, distância) ao longo da pesquisa apenas seis participaram das entrevistas. Os critérios eram: ser participantes da roda germinar; ter um filho abaixo dos cinco anos e ter disponibilidade para falar sobre suas experiências de gestar e parir. As entrevistas aconteceram na residência das participantes e foram gravadas com aparelho de áudio, com permissão assinada em um Termo de Consentimento. As transcrições dos áudios gravados foram feitas por mim. Abaixo segue o quadro de entrevistadas:

Quadro 3: Participantes Entrevistadas

Nome	Situação Afetiva	Idade	Escolaridade	Trabalho	Renda	Nº de filhos/as	Tipo de parto (último parto)	Atendimento
Clarice	Casada	31	Ensino Superior	Advogada	Mais de 5 salários mínimos	02	Normal Hospitalar	Particular
Lígia	Casada	33	Ensino Superior	Nutricionista	Mais de 5 salários mínimos	01	Normal Hospitalar	Plano de Saúde
Carolina	Solo	28	Graduanda	Cuidadora e Cabeleireira	Até 1 salário Mínimo	02	Normal Hospitalar	SUS
Adélia	Casada	30	Ensino Superior	Servidora Pública	Mais de 5 salários mínimos	02	Normal Hospitalar	Plano e Particular
Beatriz	Casada	29	Ensino Superior	Advogada	De 3 à 5 salários mínimos	01	Cesárea Intraparto	Plano de Saúde
Ângela	Casada	28	Ensino superior	Funcionária Pública	De 3 à 5 salários mínimos	01	Normal Hospitalar	SUS

Fonte: feito pela autora, 2019.

Com respeito ao direito de anonimato das fontes, as entrevistadas tiveram seus nomes substituídos por nomes fictícios. Abaixo uma descrição das entrevistadas:

Clarice: Frequenta os encontros regularmente, 31 anos, moradora de Campina Grande, em um bairro classe média da cidade, ensino superior completo casada, Advogada, Tem uma renda maior que cinco salários mínimos. Mãe de dois meninos, de 4 e 7 anos; a última gestação foi planejada e desejada tanto por ela, quanto pelo companheiro. Recebeu a notícia com alegria. Tinha muitas expectativas sobre gestação, de ser uma gestação tranqüila. Os aspectos sobre estar grávida que mais destacou: não estar mais só no próprio corpo; cuidado com alimentação; agüentar dor, enjôos, cansaço; o toque das mãos de outras pessoas no próprio corpo, “ ééé ... o que Vanessa chama de tupperware de menino, um recipiente que guarda alguma coisa ali, mas que não é uma pessoa. Isso eu acho que é uma das coisas mais fortes da gravidez”.

O companheiro esteve presentes em todas as fases da gestação e também do parto. A família acolheu bem a notícia: “é uma família muito acolhedora e eles, desde o início vibraram junto”. A relação com o corpo foi positiva: “É... eu diria que o pós parto foi mais difícil do que o enfrentamento da gravidez com a transformação do corpo”. O último pré-natal foi feito pelo SUS, o atendimento ao último parto foi particular, o tipo do último parto foi normal hospitalar, não foi o desejado durante a gravidez, pois ela tinha o desejo ter domiciliar. Foi um parto humanizado. ... o encontro do meu lugar do mundo enquanto mulher veio disso, sabe? Também. Então uma transformação radical

Lígia: Frequenta os encontros regularmente, 32 anos, moradora de Campina Grande, em um condomínio classe média alta da cidade, ensino superior completo, casada, nutricionista, tem uma renda maior que cinco salários mínimos. Mãe de um menino de 4 anos. A gestação foi planejada, a descoberta foi um momento marcante; não tinha muitas expectativas sobre estar grávida, mas não esperava ficar de repouso por recomendações médicas; os aspectos da gravidez que mais destacou: sentir o bebê mexer; melhor relação com o corpo, a relação com o corpo grávido foi de mudança: “Nossa! Meu corpo, meu corpo é muito potente... era uma potência que eu não enxergava antes. E amamentar também depois”; o companheiro esteve presente em todas as fases da gestação, porém “Foi uma gravidez planejada, mas ao mesmo tempo ele não digeriu bem eu estar grávida”; a família de ambos mora em outro estado. O pré-natal foi feito tanto pelo plano de saúde, quanto particular. O atendimento do parto também foi misto. O tipo de parto foi normal hospitalar, como desejado; “Primeiro... a primeira coisa que ficou Clara para mim Ali era o quanto a gente tem um lado bicho assim primitivo que eu não conhecia e que veio ali na hora do trabalho de parto”.

Carolina: Frequentava as rodas esporadicamente, 29 anos, moradora de um sítio na zona rural de Queimadas-PB, curso superior incompleto; mãe-solo; cabeleireira e cuidadora; renda até um salário mínimo; mãe de duas crianças, uma menina de 8 e um menino de 2 anos e meio. A última gestação foi desejada, mas não planejada: “Mas não teve muito planejamento de... Planejamento financeiro, de como a gente ia receber essa criança na família e tal”; a descoberta da gravidez foi conflitante; os aspectos da gravidez que mais destacou: mudanças no corpo, sintomas incômodos, não gostar do

momento da gestação "Você não sente muito do que é você, fica mais... a maternidade começa entrar ali, né?!"; A relação com o corpo grávido foi negativa "A sexualidade vai no chão. E não é de desejo, não é, é da relação com o corpo mesmo. De não conseguir se ver naquele corpo, naquela, naquele corpo grávido"; o companheiro não esteve presente durante a gestação, apenas no parto, a família foi receptiva e acolhedora; o pré-natal foi particular no começo e terminou pelo SUS; o atendimento ao parto foi pelo SUS; o tipo de parto foi normal hospitalar, não foi desejado, pois queria um parto humanizado "não foi como eu esperava, mas para mim, para mim não foi um parto ruim (...)".

Adélia: Frequenta os encontros regularmente, 31 anos, moradora de Campina Grande, em um bairro classe média da cidade; ensino superior completo; casada, funcionária pública; tem uma renda maior que cinco salários mínimos. Mãe de duas crianças, de 6 e 3 anos. A última gestação foi planejada; a descoberta da gestação foi um momento de alegria "Aí tipo foi muito, muita alegria, porque realmente era uma coisa que a gente queria... amorzinho. Foi bem amorzinho"; os aspectos sobre estar grávida que mais destacou: cansaço, dor, preocupação com pós-parto por ter duas crianças para cuidar; a relação com o corpo grávido foi de um conforto estético e uma ligação com a natureza "a... aquela coisa de: "ah estou plena, não sei o quê"... Não era muito isso não. Era tipo tô cumprindo o que eu fui feita pra fazer, sabe como é?"; o companheiro esteve presente durante toda a gestação e o parto; o pré-natal foi feito por plano de saúde; o atendimento ao parto foi plano de saúde e particular; o tipo de parto foi normal hospitalar, como planejado " eu aceitaria qualquer história de parto que viesse porque eu também tenho isso, sabe do que a gente precisa passar, na vida? Eu tenho um pouco disso aí. Mas, ter sido desse jeito, pra mim, eu não sei se poderia ter sido melhor. Porque até o fato de ter sido na Clipsi, enquanto ativista foi positivo".

Beatriz: Frequenta os encontros regularmente, 30 anos, moradora de Campina Grande, em um bairro popular da cidade, ensino superior completo, casada, funcionária pública, tem uma renda de três a cinco salários mínimo; mãe de um menino de 3 anos; a gestação não foi planejada, mas foi desejada; a descoberta da gestação foi de muita alegria; os aspectos sobre estar grávida que mais destacou: cansaço e tédio por ter que ficar muitas horas de repouso durante toda a gestação, devido à problemas de saúde; a relação com o corpo grávido foi muito positiva em relação à estética "A melhor possível, porque eu já tava super gorda antes de engravidar e aí eu tinha a desculpa que não estava gorda, estava grávida". o companheiro e família estiveram presentes na

gestação e auxiliaram com as dificuldades; o pré-natal foi feito por plano de saúde; o atendimento ao parto foi por plano de saúde; o tipo de parto foi uma cesárea intraparto, devido a posição do bebê, mas ocorreu como previsto por ela. Eu quis entrar em trabalho de parto, né? Então, mesmo sabendo que seria uma cesárea, eu quis entrar em trabalho de parto (...) e aí eu tava bem tranquila".

Ângela: Frequenta os encontros regularmente, 30 anos, moradora de Campina Grande, em um bairro popular da cidade, ensino superior completo, casada, bibliotecária; tem uma renda de três a cinco salários mínimo; mãe de um menino de 3 anos; a gestação não foi planejada, mas foi desejada; a descoberta da gravidez foi assustadora; as expectativas sobre a gestação eram de medo e ansiedade; os aspectos sobre a gravidez que mais destacou: medo e insegurança; a relação com o corpo grávido foi positiva; o companheiro esteve presente durante a gestação na busca por informações e no acompanhamento médico; o pré-natal foi feito no SUS e por plano de saúde; o parto foi atendido pelo SUS; o tipo de parto foi normal, não foi o desejado, pois sofreu violência obstétrica.

CAPÍTULO IV-NARRATIVAS DO CORPO

Neste capítulo trago a análise dos relatos e narrativas das vivências das interlocutoras participantes desta pesquisa. Os relatos estão divididos em três momentos: O corpo que gesta; o corpo manipulado; o corpo que pare. O objetivo é trazer para esta análise como as mulheres que buscam uma vivência de gestar e parir a partir de um modelo de assistência humanizada mobiliza os discursos e representações sobre seus corpos. Parto da hipótese de que ao rejeitarem o modelo atual obstétrico, as interlocutoras re-significam a própria relação com o corpo e movimentam outros discursos e representações acerca desse corpo.

1. O Corpo que Gesta

A gestação para muitas mulheres é um momento de sentimentos conflituosos: o corpo muda, a responsabilidade de carregar um ser no próprio corpo, tudo isso pode ter significados diferentes para cada mulher e depende, além da história particular de cada uma, dos sentidos socioculturais que esses momentos representam. A gravidez processa-se no corpo das mulheres, porém, como outros acontecimentos do mesmo tipo, têm significados construídos com base na experiência social. Por conseguinte, pode-se pensar que são variáveis conforme a posição social ocupada pelos sujeitos, segundo raça, classe, sexo, idade etc. (PAIM, 1998).

A gravidez enquanto processo que ocorre no corpo revela como este é cingido e vivenciado de acordo com significados e práticas culturais – desde as noções sobre a concepção e a própria gestação às intervenções e cuidados com a gestante. Enquanto processo situado no corpo das mulheres, diz respeito às questões de gênero – o lugar social das mulheres, a importância da maternidade na construção de papéis e subjetividades femininas e as relações de gênero na família. Enquanto processo que reproduz sujeitos, a gravidez põe em foco não apenas conceitos de pessoa, mas a constituição de laços familiares e a reprodução da sociedade de forma mais ampla que, no mundo ocidental moderno, tem sido alvo de saberes médicos e do desenvolvimento de novas tecnologias e de políticas públicas (REZENDE, 2009, p. 317).

1.1. Gestar foi uma escolha?

Apesar das mudanças sociais e políticas intensas que perpassaram a vida das mulheres nos últimos dois séculos, a maternidade ainda aparece como um projeto importante na vida de milhares de mulheres e mesmo quando não é um plano a falta de acesso a meios contraceptivos e conceptivos para a maioria da população torna a maternidade uma responsabilidade feminina. Além disso, como aponta Badinter (2010), há atualmente um crescente resgate da ideia de que o feminino, enquanto sexo biológico traz consigo uma vocação para a maternidade, ideia que nasceu com o projeto político modernista da biopolítica.

Falar de maternidade é necessariamente falar de escolhas ou da impossibilidade delas. No Brasil, escolher, se, quando, como e quantos filhos ter faz parte da realidade de uma parcela privilegiada da população. A falta de políticas efetivas de saúde reprodutiva e de acesso a meios contraceptivos aliadas a uma precária e quase inexistente educação sexual e reprodutiva faz com milhares de mulheres tenham gravidezes indesejadas ou recorram a abortos clandestinos. Planejar uma gravidez é ainda no Brasil, e em boa parte dos países da América latina, uma questão de classe e de cor. Lucila Scavone (1999) afirma que a noção de direitos reprodutivos se intensificou no interior do movimento feminista mundial a partir da década de 1980, após o Congresso Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos em Amsterdã, no ano de 1984. A autora afirma que na origem do conceito de DR estava uma das ideias centrais dos movimentos feministas contemporâneos: o direito ao corpo. Com ideais de liberdade e autonomia, "*Nosso corpo nos pertence!*", o movimento questionava a maternidade como destino biológico das mulheres, a maternidade deveria ser uma escolha.

Os Direitos Reprodutivos são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana. É, portanto, o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza. (MIRIAN, Direitos Reprodutivos no Brasil, 2009, p. 19)

No Brasil as questões sobre direitos reprodutivos começaram apontar timidamente, como pontua Scavone (1990), no fim dos anos de 1970 e início dos anos 1980, dentro de um contexto de lutas por direitos mais gerais, visto que o país estava em

luta pela redemocratização e, por tanto, buscava a retomada dos direitos básicos. É neste período que ocorre a implementação do PAISM²², uma política pública resultado da interação entre movimentos feministas, ONGs e poder político. Ainda que nesse momento o conceito de Direitos Reprodutivos estivesse subsumido a uma luta mais geral pelos direitos das mulheres, a implementação do programa foi uma conquista importante para os movimentos feministas da época.

Nesta pesquisa uma parte das mulheres do grupo e das entrevistadas parece exercer certo controle sobre a questão da reprodução ao narrarem a gravidez como escolha: “eu liberei”, “a gente queria esse bebê e foi lá e fez”. Porém quando a gravidez aparece como não planejada logo em seguida surgem as palavras "esperada" e "desejada", o que pode indicar que há uma vontade pela maternidade, independente do planejamento, ou uma questão de não acesso a métodos contraceptivos.

"Foi. Foi bem planejada (risos)" (Ligia, 33 anos, um filho).

"foi mais ou menos (risos)... Fiquei louca e achei que queria e podia ter outro filho, aí foi. Mas não teve muito planejamento de... Planejamento financeiro, de como a gente ia receber essa criança na família e tal. Só... Acho que não foi planejado, foi só desejado, a gente queria esse bebê e foi lá e fez sem planejamento nenhum" (Carolina, 28 anos, dois filhos)

"não, não foi planejada, mas foi esperada" (Beatriz, 29 anos, um filho)

"E a de (2º filho) foi planejada, na verdade, eu gostaria, na minha cabeça, de ter engravidado até um pouquinho antes, mas eu tava concluindo o mestrado. Tive que pedir é... ampliação do prazo para entregar a dissertação porque tive que lidar com o nascimento do 1º filho e com o desenrolar da maternidade e aí, quando eu defendi o mestrado, eu resolvi liberar e aí engravidei também de primeira e... enfim, a gravidez do 2º filho foi uma gravidez planejada" (Clarice, 31 anos, dois filhos).

Em um dos encontros, durante a roda de apresentação uma das participantes inicia a fala relatando que não planejou a gravidez, mas que ser mãe era um desejo antigo e estava feliz pela gravidez. Outra participante acompanhada do marido e da filha pequena diz que não estava feliz com a nova gravidez, mas que o filho seria bem-vindo à família. No grupo é comum as mulheres relatarem que a gravidez não planejada foi obra da natureza ou planos de deus, geralmente dizem que aquele bebê não foi planejado, mas a gravidez foi desejada. O "desejada" é uma forma de dizer que não pensaram em tirar ou

²² Sua constituição foi descrita no capítulo II deste trabalho

talvez uma forma de expressar a vontade ser mãe mesmo não planejado. (diário de campo, 2018).²³

M1: "estou de 25 semanas e, assim, não planejei esse bebê e ainda estava na universidade, tive que trancar, mas ele é muito desejado, muito mesmo." (notas de campo)

O planejamento e o não planejamento da gravidez aparecem na maior parte das falas como uma decisão ou negligência da mulher, o companheiro parece não participar desse processo. Tanto nos encontros do grupo, quanto nas entrevistas, surgiram falas como "eu decidi que era hora", "eu estava planejando, sabe?", "foi um descuido meu, não tomei o anticoncepcional passado pela médica".

"Fiquei muito alegre, era uma coisa que eu tava planejando que eu tinha planejado e, enfim (...) eu resolvi liberar e aí engravidei também de primeira e... enfim, a gravidez do 2º filho foi uma gravidez planejada" (Clarice).

M1: eu ainda não sei como foi que aconteceu, tô em choque, porque a minhafilha não fez um ano ainda, ela mama e **não tô tomando nenhum remédio...** mas já que ele decidiu vir, né? Será muito bem-vindo". (notas de campo, 2019).

A questão do papel do parceiro nesses processos de decisão ficou quase sempre em segundo plano, assim, a decisão ter ou não um filho é apresentada pelas mulheres participantes como uma questão individualmente delas, como escolha no planejamento, ou como "descuido" da mulher. Rezende (2011) ao analisar um grupo de gestantes que se preparavam para o parto observou que "neste universo pesquisado o marido parece não assumir papel muito ativo, ou melhor, não há alteração das atribuições que são consideradas como suas durante a gravidez e o parto". A autora afirma que em outros estudos, como o de Salem (1985) e Almeida (1987) os autores encontraram, ao analisar casais de camadas médias da década de 1980, companheiros que propunham vivenciar conjuntamente a gravidez e o parto. No caso desta pesquisa foi percebido um interesse do companheiro em alguns momentos, mas as escolhas referentes à gestação e ao parto foram majoritariamente das mulheres. Ao serem perguntadas sobre o papel do companheiro na gestação:

"Foi uma gravidez planejada, mas ao mesmo tempo ele não digeriu bem eu estar grávida. Não na participação do dia a dia, mas no sentido de "vai nascer um bebê!" Assim como eu, mas o dele foi mais. Mas

²³ As notas do diário de campo estão numa formatação diferente para não confundir a leitura.

assim a participação prática da coisa, se essa foi a pergunta, não tenho que me queixar, não." (Ligia)

"para mim foi o meu parceiro que essencial que apesar... ele lia muito, se informou muito e, eu acho que ele leu mais até que eu, se informou mais que eu, eu costumo dizer que ele estava mais grávido que eu (risos)." (Ângela)

"Quando eu engravidei de 2º filho, a gente teve uma ruptura nesse sentido porque... é eu queria um parto domiciliar e ele não queria o parto domiciliar e aí a gente chegou num ponto dele dizer que respeitava minha decisão, que estaria presente, mas que, por ele, a gente estaria num hospital. E esse momento foi o momento que eu decidi que o parto seria uma vivência minha e que, que bom que ele estivesse do lado, mas se também não tivessem num, num teria problema, eu continuaria com a minha decisão. Assim, então, foi um momento de respeito, de apoio, pela primeira vez, a gente divergiu, assim, foi por caminhos diferentes" (Clarice).

"Eu acho que ele cumpria o papel que ele deveria cumprir, assim... bem... Mas assim, ele, ele sempre foi muito carinhoso, sempre participou de tudo... é... naturalmente algumas coisas da carga mental fica mais com a gente, eu acho que isso é... já e da vida mesmo... mas assim ele participava, perguntava tudo, mas fazer mesmo, de correr atrás mesmo era eu. Mas no geral ele... aquela coisa que... que sempre tem, né? Desejava muito o filho e... e tinha muito carinho pelas coisas e tudo, tinha muito carinho pela barriga, cuidado e tal, então foi, foi muito legal." (Adélia)

Muito companheiro, me ajudando bastante. No que ele não tinha poder, né? Porque não era ele que estava grávido, infelizmente. E aí no que ele podia, o que ele podia fazer para amenizar o meu desconforto, ele fazia e minha família também colaborou bastante, assim, para não ser tão ruim essa, essa parte da gestação, você ter que ficar de repouso. (Beatriz)

Nos encontros do grupo pesquisado os companheiros, como relato abaixo, não exerciam um papel expressivo nas rodas. A única fala que masculina que presenciei foi de um parceiro que enfatizou o direito de escolha da esposa.

Os companheiros aparecem nas primeiras vezes, mas depois só os vemos quando buscam as participantes no final dos encontros. Alguns chegam e sentam ao lado das companheiras, na verdade quase atrás, como se estivessem se escondendo. Nas rodas de apresentação recebem sempre uma cutucada de leve das esposas para que falem pelo menos o nome "fala, amor, se apresenta" "ééé oi eu sou o Gabriel, pai da Lis e é isso". Os mais pais antigos ficam em volta dos tapetes conversando ou olhando as crianças enquanto discutimos o tema. No final do encontro são eles, geralmente, os responsáveis pela foto. Presenciei uma fala apenas, proferida pelo companheiro de uma das mulheres participantes: "bom, a escolha do parto foi dela, mas eu apoiei muito, acho que natural é mais saudável e tal.

A mãe dela nãoqueria, tinha medo, mas eu disse que a escolha era da Fernanda e de ninguém mais!"(notas de campo, 2019).

1.2. Os sentimentos

Para Rezende (2011) os sentimentos, mais que expressões emocionais individuais, estão também no campo social. As emoções são expostas ou omitidas a depender do ambiente em que se está, visto que "discursos emotivos fazem mais do que apenas expressar estados subjetivos interiores, como quer uma etnopsicologia ocidental moderna. Afirmam, negociam ou contestam também visões de mundo e valores morais. Implica também definições culturais sobre o modo ideal de estar com os outros, assim como modelos do que seja uma boa pessoa (REZENDE, 2011).

[...] do corpo nascem e se propagam as significações que fundamentam a existência individual e coletiva, ele é o eixo da relação com o mundo, o lugar e o tempo nos quais a existência toma forma ativa, no interior de dado espaço social e cultural (LEBRETON, 2010, p. 7-8).

Nas sociedades modernas ser uma boa mãe implica em demonstrar tipos específicos de sentimentos em relação ao filho (mesmo que este ainda não tenha nascido). É esperada da mãe uma ligação quase que instantânea com a criança desde a descoberta da gravidez. Porém os sentimentos sobre esse momento dependem de aspectos individuais, sociais, econômicos e muitas vezes fogem daquele ideal de maternidade presente no imaginário social. Nas falas é possível perceber que o gestar pode despertar percepções de medo, angústia (mesmo naquelas que planejaram a gravidez ou que tinham a maternidade como desejo futuro) e também de felicidade, em alguns casos os dois ao mesmo tempo. Abaixo alguns trechos dos relatos sobre a descoberta da gravidez:

"foi emocionante, pq eu queria e tava esperando muito que fosse positivo. Mesmo achando que (risos), que se tivesse dado um negativo seria mais fácil para mim (...) Quando eu quis ter o 2º filho... ééé eu quis ter ele, mas eu tinha muito medo de ter ele. Então eu fiquei, eu recebi com felicidade, mas com muito medo também" (Carolina)

"Assustador... tem que justificar? -se você quiser falar mais alguma coisa- **não, para mim foi assustador, eu queria engravidar no final do ano, aí engravidei no começo do ano. mas eu pretendia engravidar no final do ano, mas foi assustador**, porque foi o período que eu tinha me mudado com um mês para Campina Grande e

não conhecia nada nem ninguém, aí por isso que foi bem assustador para mim, mas a ideia de ter filho eu já tinha" (Ângela, 28 anos, um filho).

Aí tipo foi muito, muita alegria, porque realmente era uma coisa que a gente queria... amorzinho. Foi bem amorzinho (risos)" (Adélia).

"Éééé ... foi assim, a gente... eu engravidei, a primeira vez que tentei engravidar eu já engravidei...E aí foi uma fase que eu tava... tive... tava tendo um monte de problemas familiares (...) **E aí foi muito marcante, porque é como se, sei lá, sabe quando você tira um peso um peso do coração e uma coisa muito boa acontece em seguida e você conseguiu? Foi mais ou menos assim(...)** Apesar de eu estar grávida, de ser uma gravidez planejada, na verdade... Na verdade eu só entendi que eu tava grávida quando ele nasceu (Lígia, 33 anos, um filho).

Percebe-se nesses trechos que os sentimentos sobre a gestação nem sempre correspondem àquela idealização de maternidade em que mãe se conecta com o filho desde a barriga e que o gestar é um momento de realização e felicidade. Para muitas mulheres este é um momento conflituoso e de sentimentos múltiplos.

1.3. Gravidez e Feminilidade

A percepção do próprio corpo foi narrada por algumas como uma questão importante, tanto positivamente, quanto negativamente. O corpo que gesta e o corpo que pare ganham nas falas um aspecto de liberdade dos padrões de beleza, sinal de feminilidade, natureza e essência feminina, mas para outras foi um momento de conflito e não reconhecimento de si, o que indica que as percepções sobre gestar não são homogêneas, são formas desubjetivação do corpo naturalizadas:

Ah foi maravilhosa! Eu, eu adorei tá grávida, eu amava meu corpo... achei maravilhoso! (Ângela)

"A melhor possível, porque eu já tava super gorda antes de engravidar e aí eu tinha a desculpa que não estava gorda, estava grávida. Eu olhava no espelho e adorava. Os peitos maravilhosos e, por incrível que pareça, emagreci no começo da gravidez. Eu cheguei ao final da gestação eu só tinha engordado, acho, que 11kg, no final da gestação... quase nada. E aí tava me sentindo super bem. É melhor época da minha vida, meu cabelo tava maravilhoso, minha pele estava maravilhosa, não tinha uma espinha, uma mancha, nada... maravilhosa! Amei, amei estar grávida!" (Beatriz)

"As duas gravidezes me deixaram mais confortáveis em relação à minha barriga. Porque minha barriga é uma questão, né? Comentei... pra mim. Minha barriga vazia, sem bebê, sem bebê; então foram os únicos momentos da minha vida que eu me senti

absolutamente confortável pra deixar a barriga de fora, seja na praia, seja... assim quando tava preenchida, né? Porque tipo com dois meses de gravidez ainda não tava aquele barrigão, então eu não, mas tipo, eu me sentia muito bem, assim eu num... eu sempre me admirei muito grávida, sabe? (Adélia)

Ah! Não sei... foi... assim, no começo era estranho, porque era um corpo meio amorfo, porque você não tá no seu corpo original e nem tá com a barrigona, aí ficou meio esquisito, né? E aí como quando começou a aparecer a barriga e, assim, como eu nunca tive uma relação boa com a minha barriga, essa... essa foi... foi aí que, que eu fiz as pazes com ela. Porque eu fiz uma barriga bem grandona. Assim, e eu gostava de mostrar foi... foi uma fase que, na realidade, a minha relação com meu corpo foi... foi... deu uma guinada na relação com meu corpo da gestação. De ver meu corpo, a capacidade do meu corpo de gestar uma vida, um bebê... que depois que eu vi era todo perfeitinho, com orelha, com pé, com mão, com tudo, com todas as partes.... Meu Deus! Foi o meu corpo que fez. Fui eu que fiz esse bebê. **Minha relação com meu corpo melhorou muito, porque eu pensei “Nossa! Meu corpo, meu corpo é muito potente... era uma potência que eu não enxergava antes”**(Lígia).

"Tirando o.. é... a questão do mal estar, foi uma relação positiva, eu diria, assim. **Eu não, eu não recebi críticas, eu não recebi nenhum tipo de pressão com relação a, ao peso que engordei, que deixei de engordar, a... ou ao formato da barriga, ou ao... ao que eu comia ou deixava de comer e isso foi muito importante, num, num, na minha aceitação da transformação do meu corpo.** É... eu diria que o pós parto foi mais difícil do que o enfrentamento da gravidez com a transformação do corpo" (Clarice).

É claro que essa visão não é compartilhada por todas. Como é possível perceber na fala e em um trecho do diário de campo:

"Gravidez eu não acho uma, uma coisa legal não (risos). Você fica enorme, inchada, enjoada, você sente, não sente, sente... Você não sente muito do que é você, fica mais... a maternidade começa entrar ali, né?! Você perde um pouquinho do que é *Carolina* e fica mais a buchuda, e todo mundo passa mão na barriga. É que você se olha e você não se vê, só uma pessoa que fica cada vez maior. E do 2º filho foi mais estranha ainda. Porque meu corpo reagiu de maneira diferente. De dois meses eu já tava de barrigão. Minha barriga ficou muito redondona. Eu não tinha aquela barriguinha, era espalhadona. Não foi muito legal."

Eu não gosto da gestação, não.fica um, um corpo, um corpo... ééé bonito, pq tipo você pode tá gordinha e ninguém fala e tal. Você pode (risos) justificar que não tá grávida, ouuu... que não tá gorda, que tá grávida, mas ééé... eu num consigo. Consegui lidar bem com isso, não. **A sexualidade vai no chão. E não é de desejo, não é, é da relação com o corpo mesmo. De não conseguir se ver naquele corpo, naquela, naquele corpo grávido"** (Carolina).

A conversa hoje se estendeu até mais tarde e algumas mulheres aproveitaram para conversar. Em certo momento

estávamos falando sobre nosso corpo depois de gestação e da amamentação. Em certo momento uma das meninas disse que o marido nunca falou negativamente sobre o corpo dela, mas que tinha vergonha dos seios. Nessa conversa uma frase me chamou a atenção: **M1**: “meus peitos foram feitos pra dar alimento ao meu filho, não pra macho ficar dizer nada, não tenho vergonha, não”. Todas concordaram e riram, mas fiquei pensando no que uma amiga disse outro dia sobre a mesma questão, que não gosta dos peitos cheios de leite quando está amamentando, porque só conseguia gozar com estímulo nessa região e o leite atrapalhava. Interessante perceber como as percepções do corpo são variadas (Diário de campo, 2019).

Através dessas narrativas percebe-se que a maioria das entrevistadas estabeleceu nas representações de si, em certa medida, re-significações do corpo durante a gestação, essas re-significações operam numa ideia de "licença" dos padrões de beleza e numa valorização de uma suposta natureza feminina. O gostar do corpo grávido se apresenta, na verdade, como uma saída, mesmo que temporária, das imposições e normatizações dos corpos femininos: *"A melhor possível, porque eu já tava super gorda antes de engravidar e aí eu tinha a desculpa que não estava gorda, estava grávida"*.

Atualmente estar bela é estar magra, e estar bela (e magra) é o significativo do ser feminino. Quando Foucault (2015) fala sobre a revolta do corpo contra o controle excessivo do poder, ele também alerta para as atualizações das formas que poder se manifesta não mais como controle-repressão, mas agora como controle-estímulo. A mídia, a indústria da beleza e da moda mobiliza discursos que se constituem de estratégias e de dispositivos disciplinares de controle, de sujeição dos corpos, principalmente e intensamente sobre os corpos femininos (MOTA, 2012). A beleza é cobrada, vigiada e exaltada constantemente. Essa "licença" do padrão de beleza hegemônico não quer dizer que às mulheres grávidas não seja cobrado um padrão ideal de corpo: barriga grande e uniforme, rosto redondo, seios fartos e quadris largos. Essa é a imagem tradicional do corpo grávido que se tem no imaginário social, uma imagem que contrasta diretamente com o ideal de beleza pela magreza e delicadeza. Em certa medida essa representação tradicional do corpo na gravidez advém do discurso médico, principalmente do século XIX, época em que a beleza feminina era, entre outras coisas, associada à maternidade.

A imagem médica da beleza feminina se confundia com a representação da boa esposa e mãe produtora de muitas crianças. Sua feminilidade se refletiria em um corpo arredondado, volumoso, seios generosos, ancas desenvolvidas, característicos da maternidade. Os

médicos 'constatam', impressionados, como a beleza ideal das mulheres é delineada pela natureza em virtude da função primordial que lhes cabe (ROHDEN, 2001, p. 16).

Importante salientar que essas imagens do corpo grávido vêm mudando consideravelmente, tanto pela mídia, indústria da beleza, quanto pelo discurso médico, especialmente pela exaltação da magreza, não somente como ideal estético hegemônico, mas como valor continuamente ligado à saúde. O corpo magro não é só belo, é também saudável. Isso pode ser percebido nas imagens que circulam as redes sociais em que mulheres grávidas com corpos sarados, exibem as barrigas "chapadas", os músculos trabalhados e indicam exercícios e dietas para manter o corpo bonito na gestação e no pós-parto.

2. O Corpo Manipulado: O Acompanhamento no Pré-Natal

O acesso às informações de qualidade, baseadas em evidências científicas e que levem em conta as especificidades das mulheres e suas famílias é também um dos pontos que sustentam a humanização da assistência ao parto. Para o movimento de humanização, autonomia e o protagonismo feminino só pode existir se as escolhas estiverem bem informadas.

O acompanhamento do pré-natal e o atendimento ao parto podem ser uma experiência conflituosa ou significativamente boa a depender da relação entre médico/equipe e paciente. O respeito às escolhas, o acesso às informações necessárias para a gestação e o parto, o tratamento dispensado nas consultas e no atendimento da parturiente, a maneira como as mulheres lidam com a manipulação de seus corpos no ambiente do serviço médico, são pontos importantes para esta análise, visto que no pré-natal, assim como no atendimento ao parto, que o discurso médico sobre o corpo feminino e as representações de si das mulheres que compartilham outras significações desses processos, se encontram de maneira direta e particularizada. Neste ponto trago, a partir dos relatos das participantes, os encontros e desencontros da relação médico-paciente.

Para as mulheres de classe média, que optam por um parto humanizado, a escolha pelo obstetra é um ponto fundamental para a garantia de autonomia de suas

escolhas referentes ao seu corpo. São comuns, nos espaços de discussão sobre humanização do parto, os relatos de mudança de médicos e equipes durante a gravidez. As mulheres (e famílias) passam por uma verdadeira peregrinação até encontrar profissionais que estejam de acordo com os valores e princípios referentes ao atendimento nos moldes humanizados. Já as mulheres pobres, negras, das zonas rurais ou periféricas, que buscam um atendimento obstétrico humanizado, precisam lidar, na maioria das vezes, com um sistema de saúde precário, falta de acesso á informações e tratamentos desumanos. Em ambos os casos existem dificuldades de conseguir, nos serviços médicos (particular e público), um atendimento diferente do tradicional tecnocrático, porém as questões como raça, classe e outros marcadores sociais, tornam a experiência muito mais complicada (CARNEIRO, 2011). Nos relatos abaixo se pode perceber essas dificuldades relatadas pelas entrevistadas:

Logo no começo da gestação eu comecei o pré-natal com uma obstetra, que trabalhava no hospital que eu trabalhava, e ela me parecia simpática sempre. Assim, às vezes que a gente se encontrava com ela todo mundo dava muita risada com ela, então ela parecia uma pessoa acolhedora. Na minha cabeça, né? Eu meio que idealizei assim. E aí eu marquei uma consulta com ela. Antes mesmo de engravidar eu já pensava em fazer com ela. E aí eu marquei essa consulta... na verdade as primeiras consultas, as primeiras quatro foram com a mesma pessoa, essa profissional. E aí ééé... assim, logo eu comecei a me incomodar, porque ela não tinha muito contato visual, o que me incomoda muito, porque você... ela só balançava a cabeça e escrevia um monte de coisas. A consulta demorava, sei lá? Sete minutos. Era uma coisa muito rápida e para mim... não quer dizer, assim, que tem que ter um tempo exato, mas era uma primeira gravidez eu... eu não tinha, não tinha apoio nenhum de ninguém, porque eu tava em Campina Grande, eu sou de Maceió e tava fazendo pré-natal longe, então não tinha uma amiga próxima que tivesse grávida com quem eu pudesse tirar as dúvidas. Eu, eu estava contando fazer isso com a obstetra. E aí como a consulta era muito rápida, era uma coisa muito... e eu tive um de descolamento de placenta, como eu falei, que eu... que na época eu não questionava, não, mas eu ficava muito, eu fiquei muito angustiada, muito medo de perder o bebê e ela não... ela não... ela tratava como se fosse uma coisa corriqueira, mas para mim não era. E eu não sentia segurança, não me senti à vontade, não me senti acolhida e isso me fez mudar. Acho que ainda fui para 4 consultas com ela, mas aí eu mudei, aí troquei de obstetra por uma obstetra, que dizia lá no hospital onde eu trabalhava, que trabalhava com parto humanizado. Que lá se traduzia em: fazer parto na água, e tem a bola de pilates. "A doutora fulana tem a bola de pilates e ela traz umas piscinas" aí e eu disse "então é ela que eu quero, vou tentar mudar." (Lígia)

"Foi bem, foi bem complicado o pré-natal, porque eu comecei... porque eu queria um parto humanizado e daí eu comecei com o particular achando que conseguiria pagar. No início da gestação estava

bem financeiramente e achava que ia conseguir dar conta disso, e acho que paguei umas duas ou três particulares e, foi aí quando eu vi que não ia conseguir nem doula, nem parto humanizado. Aí voltei para o SUS, eu já tentava fazer os dois. Não era... porque eu imaginava que eu iria ou podia ter que ir para o hospital público. Eu fazia os dois, mas aí eu deixava... quase não ia no público. Aí no posto de saúde da minha cidade o PSF tava com uma equipe tenebrosa, a galera não sabia ouvir batimento cardíaco. Tava tentando ouvir lá o batimento cardíaco, quando ela disse que era o batimento e eu sabia que aquilo ali não era o batimento. Era o meu estômago, ou sei lá o quê?! Eu tinha informações sobre o batimento dele, porque eu já tinha escutado. Disse três vezes para ela: não é não! E ela não sabia, não sabia fazer, não sabia fazer a medição. Tipo assim, isso eu não quis mais ir para lá e pedi o encaminhamento para ultrassom. Eles me deram para fazer duas ultras. Foi na época que Queimadas estava com prefeito que não, não tinha, não tinha uma boa administração, acesso exames, a ultrassom era muito complicado. E foi uma das coisas que, que me deixava mais preocupada é que eu não sabia se ele estava bem. Porque o pré-natal não foi bem feito, eu não tinha muita noção de que, que ele tava crescendo direitinho, legal. Não consegui saber muito disso. O pré-natal não foi não foi muito bom (Carolina).

Os relatos apresentados pelas interlocutoras nas entrevistas, assim como observado nos encontros da roda, apontam que ao buscarem por atendimentos humanizados para a gestação e o parto as mulheres buscam outras fontes de informação além dos profissionais de saúde que lhes acompanham. O grupo de gestante é para muitas participantes um local tido como referencial de informações atualizadas, baseadas em evidências sobre gestação, parto, puerpério, amamentação. É comum que gestantes sejam aconselhadas por suas doulas, fisioterapeutas, amigas e familiares para procurarem o grupo antes do parto para ser informarem “melhor”. A internet e os grupos virtuais também são fontes importantes para as mulheres aqui pesquisadas. Durante os encontros as indicações sobre médicos (as), equipes, hospitais eram compartilhadas pelas participantes. As experiências com alguns profissionais que eram tidas como más sucedidas eram faladas de maneira privada entre as participantes e os nomes desses profissionais quase sempre eram omitidos.

“Assim, com o médico do pré-natal eu não queria entrar em polêmicas com ele, entendeu? Então, assim, eu não queria polemizar porque eu não queria, a verdade é que eu não queria que ele soubesse meus planos, porque eu não queria que ele moesse com a história. Eu não queria que ele soubesse que eu ia, que eu queria. Porque assim, como a gente sabe que os médicos são resistentes, eu fiz, “eu não quero stress”, então eu vou fingir que, eu vou só o pré-natal mesmo, entendeu? Eu não vou falar nada sobre isso. Se ele puxar o assunto eu posso até falar, mas eu só deixei claro com ele que eu queria o menos medicamento, o mais natural possível, tanto que eu, e assim, mas eu

não questionei as vitaminas. Eu falei assim: “mas não tá tudo bem nos meus exames?” Ele fez: “não, mas é porque é importante, tarará..” E eu me calei porque eu não queria moer, não queria polemizar, entendeu? Então minha questão era não polemizar com ele pra ele não falar muita coisa e eu me estressar, entendeu? Porque como eu já não queria parir com ele mesmo, eu não queria aquele fazer grandes relações pessoais com ele. Porque só o que eu queria dele era que ele olhasse os exames do pré-natal e medisse minha barriga e ouvisse meu bebê, então, só o que eu queria dele era isso” (Adélia).

“Apesar de o acolhimento ter sido melhor com essa segunda, eu acredito... eu ainda acho que eu recebi pouca informação diretamente dela. Eu questionava, porque eu lia e quando eu lia eu... aí eu perguntava... eu perguntava: você faz episiotomia? E aí eu já vinha com a pergunta pronta e ela dizia “de rotina não, mas se precisar eu faço” e aquilo para mim já era o suficiente, porque se ela não fazia de rotina já tava bom. E aí foi muito... meu pré-natal foi muito nesse sentido. Eu encontrei uma pessoa que me acolheu e que ao mesmo tempo eu pensava: vai ser muito difícil encontrar uma pessoa que não faça isso de jeito nenhum, então se ela não faz de rotina já tá bom. Então foi muito... como é que eu posso dizer? Como ela tirava minhas dúvidas, eu fui me... não me acomodando, mas aceitando que eu estava com a melhor opção que tinha na época e acredito que de fato fosse mesmo. Na época acho que não tinha mesmo. Até hoje não tem, então, porque eu não tinha outra opção eu pensava: essa aqui já tá de bom tamanho. Mas muita coisa eu pesquisava na internet e eu ia perguntar para ela e aí ela respondia... mas só o fato dela me responder já me deixava feliz ,entendeu?”(Lígia)

“Já no parto de, do 2º filho, o pré-natal (...) como foi feito com essa equipe, que foi escolhida por ser uma equipe mais afinada com o que eu gostaria, com os princípios da humanização e... é eu sentia muito mais liberdade pra negociar. E inclusive, na verdade, eu nem precisava negociar porque a equipe já era familiarizada com essas coisas que eu buscava nesse parto, por exemplo, a não episiotomia, a não manobra de Kristeller, o respeito ao, ao, ao tempo do nascimento, não uso da ocitocina sintética”(Clarice).

“Olha era... as informações que eu recebi era de coisas que eu já tinha lido, então não foi muito esclarecedor, porque já tinha esclarecido tudo, né? Como a gente lia muito pesquisava muito e a gente conversava muito com outras mulheres, aí meio que ia... minha médica ela foi muito... ela era muito direta sobre... em relação a tudo, parto, a, a tudo que tava acontecendo no meu corpo, então foi muito tranquilo também” (Ângela)

Sobre como se sentiam durante as consultas:

“É... eu sou uma pessoa é... relativamente tranquila, eu... quando eu tava em Lisboa, que eu tinha esse acompanhamento mais próximo de

(marido), né? Do meu marido. Eu ia mais segura, eu tava, é... eu tinha alguém pra me apoiar. E já no parto de 2º filho, no pré-natal, eu, eu ia sozinha e torcendo sempre pra que tivesse tudo bem. Porque é um momento de muita vulnerabilidade emocional e passar por essas coisas sozinhas é muito difícil. Então, eu lembro que eu ia muito solitária pras consultas e, mas, enfim é... o fato de ter uma equipe que, ter tido uma equipe bacana nesse sentido foi, foi importante pra mim” (Clarice)

“Assim, eu me sentia muito bem... assim, era desconfortável, porque depois que eu fiz a cerclagem, com 13 semanas, então em toda consulta eu tinha que arreganhar para ele olhar o colo, né? Aí para mim era muito desconfortável, toda consulta tinha que abrir as pernas para ele ficar olhando dentro com o espéculopara saber como é que tava o colo do útero... aí só isso que me traumatizou um pouco... aí eu não posso ver um espelho que eu corro (risos)” (Beatriz).

“Normal! Para mim era mais um dia essas consultas... não gostava muito que ficassem mexendo no meu corpo... estar fazendo ultrassom, de tá auscultando, eu gostava de que fosse bem só para esclarecer mesmo, se o exame de sangue, se tivesse exame de sangue para fazer tava normal, mas para tocar no meu corpo eu não gostava muito não” (Ângela)

“Com a primeira me sentia me sentia desconfortável. Esperava muito na sala e eu via que tinha um número enorme de gestantes e aquilo me fazia perguntar: como ela iria atender... como ela ia atender o meu parto normal se tinha tanta gente ali e ao mesmo... com mesmo tempo de gravidez? Enfim, não me sentia muito confortável e foi isso que me fez procurar outra pessoa. E aí já essa segunda eu me sentia bem acolhida, me sentia sanada nas dúvidas que eu fazia. Eu me sentia bem” (Lígia)

Ééé... eu tinha muita raiva de ir no PSF. Que ninguém sabia fazer nada, ninguém falava nada, então eu não gostava nem de ir lá. E me sentia um pouco deslocada na particular, uma realidade muito distante da minha, eu ficava extremamente perdida (Carolina)

Mas assim, pra lhe dizer a palavra liberdade não senti, não. Em nenhum do dois médicos, a liberdade pra questionar, pra rebater e tal... **Liberdade é uma palavra muito forte e eu não senti, sabe?** (Adélia)

As falas sobre a relação entre os profissionais e as mulheres entrevistadas apresentam pontos importantes para a discussão aqui apresentada: 1) o saber médico como secundário em relação às escolhas feitas na gestação; 2) a importância de outras fontes de pesquisa e o acesso à informação para além das consultas médicas. Esses pontos se interligam e mostram que a busca por um parto humanizado, no caso dessas mulheres, é também em certa medida um questionamento da hierarquização

tradicionalmente médica nas relações de saúde. Le Breton (2011) afirma que o recurso às medicinas paralelas atualmente pode ser explicado pela crise da instituição médica, especialmente pela forma dessa instituição conceber os processos de saúde e doença. Para Le Breton o avanço das tecnologias médicas, ou melhor, o aperfeiçoamento das práticas médicas teve como consequência o que ele chama de “desumanização” do corpo, dado pela fragmentação do corpo, ou seja, pela representação do corpo como funções e órgãos isolados.

Ao pensar na humanização da assistência médica-obstétrica, esse pensamento do autor fica evidente, visto que ao questionar o lugar do médico nas tomadas de decisões sobre seus corpos, as mulheres questionam, sobretudo, a representação de seus corpos como apenas um útero que carrega um feto. Essas mulheres buscam na humanização da assistência o respeito às suas especificidades, às suas escolhas, ao seu corpo. Embora as experiências aqui relatadas demonstrem que nem sempre é possível encontrar esse atendimento, o caminho parece ser o da informação e do apoio mútuo entre elas.

3. O Corpo que Pare

O discurso médico, aliado ao machismo, criou uma representação ambígua do corpo feminino: é um corpo feito para gestar, parir e nutrir, porém precisa de auxílio da medicina para cumprir o seu papel. As mulheres que procuram vivenciar a gestação e o parto para além dos sentidos corpóreos do saber médico buscam, na verdade, a possibilidade de vivenciarem autonomamente as escolhas referentes a esses processos. Buscam o respeito às suas especificidades e o protagonismo em suas próprias histórias. O parto humanizado se mostra enquanto uma alternativa à assistência mecanizada e medicalizada que se tem, atualmente, tanto no setor privado quanto no setor público. Mas essa busca não se torna necessariamente em vivências humanizadas de parto. Alguns relatos colhidos durante as entrevistas demonstram que as práticas obstétricas nos hospitais de Campina Grande ainda operam em uma lógica tecnocrática de assistência às parturientes e recém-nascidos. Por outro lado, é possível perceber que o movimento de humanização tem, em certa medida, provocado mudanças e algumas mulheres tiveram suas experiências de parir dentro do modelo pregado pela humanização. Nos tópicos seguintes trago como se deu a escolha pelo parto, as vivências do momento do parto e os discursos mobilizados pelas interlocutoras acerca de seus corpos a partir dessa experiência.

3.1.A Escolha pelo Parto

As mulheres brasileiras que optam por um parto normal se deparam com alguns cenários na nossa realidade obstétrica: partos normais violentos; partos cirúrgicos sem indicações claras; partos (normais ou cesarianas) humanizados pagos ou realizados em hospitais públicos a depender das equipes de plantão. Em Campina Grande a realidade é de apenas uma maternidade pública, três hospitais particulares e alguns médicos que atendem de forma particular²⁴ ou por plano de saúde. A escolha pelo parto, como visto no tópico anterior, é feita ainda na gestação, mas nos casos de segunda, essa escolha começa ainda no parto anterior. Neste tópico trago a forma como se deu a opção pelo parto normal humanizado, o apoio (ou falta dele) nessa decisão e por fim os relatos de parto. Algumas questões foram retomadas, porém de pontos distintos para não deixar a leitura do texto enfadonha. Durante a pesquisa de campo não houve encontros especificamente sobre relatos de parto, por isso neste ponto do texto o foco será as narrativas apresentadas pelas interlocutoras entrevistadas.

A escolha do parto humanizado, para as participantes desta pesquisa, se deu de maneira particular para cada uma delas: experiências anteriores, aulas e vídeos, o grupo de gestante e apenas uma das entrevistadas teve cesárea por indicação relativa: bebê pélvico. O parto humanizado analisado aqui não significa apenas, ou principalmente, parto normal ou parto vaginal. A cesariana, apesar de ser ponto importante da luta pela humanização, não apareceu nas falas como fator importante para a busca de uma experiência de parto humanizada. Em contrapartida, a violência obstétrica vivenciada no parto anterior ou relatada como experiência familiar, foi o motivo mais importante para a decisão das mulheres entrevistadas. Abaixo alguns trechos dos relatos sobre a escolha do parto:

De (2º filho) eu comecei a pesquisar, então, eu descobri que tinha o parto humanizado, parto domiciliar e eu não sabia na época de (1º filha) e fui conhecendo todas essas coisas. Fui pesquisar sobre como conseguir uma doula aqui. Eu seguia uma página na internet, no Facebook também, que eu acompanhei por muito tempo. A moça que tava grávida, ao mesmo tempo que eu, e ela teve parto normal, antes de (2º filho) nascer, o bebê dela nasceu. E aí ela fez o relato de parto e eu fui ver outros relatos de parto e vi como aquilo era mais lindo ainda, a criança nascer de maneira ainda mais natural. De (1º filha) eu

²⁴ Particular nos casos aqui relatados são os atendimentos pagos diretamente aos médicos/equipes.

sofri violência eu não sabia que era e eu só descobri no de (2° filho). Não sabia muito bem como lidar, não sabia que podia andar, eu fiquei deitada lá em cima da cama, fazendo côco em cima da cama, porque eu não sabia que eu podia andar. Ainda teve... me deram a chance de tomar um banho com água quente, mas esse foi o máximo que eu tive no parto de (1° filha). É aí quando eu comecei a pesquisar eu pensei eu quero um parto natural (Carolina)

É... na v... quando, quando eu, eu sempre imaginei que eu teria bebês, que eu seria mãe, e... na minha família, é... essas histórias de parto são histórias sempre muito bonitas pra mim, eu sempre me identifiquei com histórias de nascimento, é... e não tem, na minha linhagem, digamos assim, materna, as minhas, a minha bisavó, tataravó, avó, mãe, nunca teve, num tem cesárea, nunca teve história de cesárea. Então, eu cresci ouvindo essas mulheres narrando sobre seus partos, sobre seus nascimentos, histórias engraçadas, histórias é, emocionantes, histórias é... tinha é... essas histórias sempre tiveram conotação de muita alegria. Então, eu nunca tive medo do parto e eu também nunca consegui me imaginar sendo a, a mulher que, que faria uma cesariana. Na minha ideia, eu teria partos normais. Então, antes mesmo de conhecer o movimento de humanização do parto, eu me via como uma pessoa que iria ter um parto normal.

É... isso, por um lado, foi muito bom, assim, foi muito positivo na minha, na forma como eu enxergava o nascimento, mas, por outro lado, naturalizava também certos comportamentos de violência que eu só fui identificar como violentos, depois que eu passei, como episiotomia, é... como essa coisa de, eu não sofri uma manobra de Kristeller, que é a manobra de empurrar a barriga, mas eu sofri é... uma coisa bem parecida, só não sofreu porque a moça não soube fazer, a, a enfermeira não soube fazer. Mas a médica pediu que ela empurrasse o fundo do útero, eu cheguei inclusive a apontar qual era o lugar que ela deveria, mas a moça não soube fazer e aí eu escapei por isso.

E... no parto de (2° filho), eu já tinha tido a experiência do parto de (1° filho), né? Que foi um parto normal, um parto cheio de intervenções, é... então, o parto de (2° filho), foi o, é, uma espécie de cura do primeiro parto. Mas, nunca teve na minha na minha memo... na minha ideia recorrer a uma cesariana porque eu tive um parto diferente do que eu esperava, o primeiro parto diferente do que eu esperava”(Clarice).

“Tudo foi construído após o parto de (2° filha), que foi em 2013 e ele foi em 2016, e principalmente quando eu me mudei para a Paraíba que foi quando eu tive uma decisão mais concreta de onde ia ser, pelo menos na cidade, entendeu? Então tudo foi construído ao longo dos anos. “Quando eu tiver o meu outro filho, eu quero que seja assim e tal”.

E a escolha foi construída ao longo dos meus estudos na época que eu tive (2° filha), tudo. Então, digamos assim, a escolha foi quando eu tava grávida de (2° filha), mas como no de (2° filha), eu sabia que não ia conseguir, então, no parto seguinte eu vou. O raciocínio foi esse. Mas foi construído, a minha concretização, foi construído ao longo do tempo, do intervalos da gestação.”(Adélia)

“Foi na roda de Gestante, em uma das conversas que eu tive com as meninas, eu acho que foi com Vanessa e quando ela falou do parto pronto ali eu tinha decidido que eu queria parto normal e eu comecei a estudar sobre o parto normal, sobre cesárea, sobre tudo e tava mais que certo na minha cabeça que eu queria que meu filho viesse de forma mais natural possível.” (Ângela)

“Assim que eu engravidei, quando eu não tinha pesquisado e tudo mais, eu dizia... tava acreditando que seria uma cesárea, apesar de querer um parto normal. Eu já queria um parto normal e não acreditava na minha capacidade. Minha mãe é médica e ela assim... o relato dela de parto, o fato dela ser médica pesa e, pesou para mim, nessa... nessa descrição dela e as experiências dela, mas o fato dela ser médica casou muito... principalmente na segurança, na... na minha segurança no caso e da experiência como todo. Porque minha mãe teve... teve três filhos e só um foi parto normal, a minha irmã do meio, e ela... foi uma experiência péssima, ela sofreu kristeller, ela teve todas as intervenções, com ocitocina, uma dose alta pelo que ela fala, ela teve hemorragia pós-parto... então teve... teve... foi uma assistência muito violenta, que ela não tem consciência de que foi violenta. Para ela, o parto normal é aquilo. Então, ela disse que parir fede, que parece muito animal, que é um negócio grotesco, que é muito ruim e realmente para ela foi e ela me passava muito essa imagem. Eu cresci com muito medo de parto normal, apesar de achar... de querer... era uma coisa muito confusa (...) Tinha muito isso na amamentação também. Então ela falava essas coisas, ela me falou essas coisas a vida inteira e eu escutei a minha vida inteira ela contando. E aí assim que eu engravidei, eu dizia: não... eu queria normal, mas, enfim, se fizer a cesárea, tudo bem. Porque, né? O histórico é esse, eu meio que estava aceitando. Aí o tempo foi passando e eu comecei a ler sobre parto normal e sobre a humanização (...) Mas o meu maior fortalecimento foi a internet, foram os profissionais humanizados e os vídeos daquele Além do Olhar, foram os maiores apoios, na verdade não tinha, não tive doula, não tive ninguém para ir me informando no pré-natal de uma maneira mais aprofundada. Eu fui pesquisar sozinha mesmo, foi aí que eu decidi, depois de me fortalecer com essas informações da internet, que eu disse agora... agora eu vou, agora que eu encontrei a médica, agora que eu tô pegando confiança nela durante o pré-natal, então eu quero” (Lígia)

“Foi necessidade, porque o médico não fazia o parto pélvico, eu não podia arcar com parto pélvico particular, tinha que ser pelo plano de saúde e desde o começo ele disse que não faria. E aí tive que fazer com ele porque precisava fazer a cesárea, né? No caso ele disse que ia ter que ser cesárea se o bebê continuasse pélvico. Aí foi a necessidade” (Beatriz).

Apesar de o foco ter sido nas experiências recentes, as participantes que estavam na segunda experiência relataram também suas experiências anteriores durante as narrativas, o que acabou por contribuir, significativamente, para o melhor entendimento das vivências dessas mulheres. A violência obstétrica sofrida na primeira experiência foi

apresentada como a principal causa da busca por um parto humanizado, por três, das seis entrevistadas. O termo também aparece como elemento importante para aquelas que passaram pelo primeiro parto. Como já apontado no II capítulo deste trabalho, 1 em 4 mulheres sofre violência obstétrica no Brasil (PERSEUABRAMO,2010).Violência verbal/física/psicológica, práticas obstétricas defasadas sem qualquer evidência científica, proibição ou limitação do direito à acompanhante da escolha da mulher, entre outros, são caracterizados como violência obstétrica.

Apesar de o termo ser constantemente questionado, especialmente por obstetras contrários ao movimento da humanização, grupos feministas, movimentos de mulheres, doulas e muitos profissionais das diversas categorias da área de saúde vem discutindo as causas e conseqüências da violência praticada nos serviços médicos contra gestantes, parturientes e puérperas. Esse entendimento do que é V.O., se deu, sobretudo, à crescente problematização do tema nos mais diversos espaços da sociedade nos últimos anos. Nos encontros do grupo o tema da violência obstétrica também era recorrente. O medo por sofrer agressões era um dos fatores que levavam as mulheres a participarem da roda.

3.2.Parirás com Dor X Meu Parto, Minhas Regras

“(…) uma das obrigações das mulheres era redimir o erro cometido por Eva: devem sofrer com paciência as incomodidades da prenhez e as dores do parto como pena do pecado” (Pe. ARCENIAGA, séc. XVII, apud DEL PRIORI, 2014, p. 115).No Brasil a ideia cristã do parto como punição do pecado original se mistura ao discurso obstétrico do parto como evento patológico e necessitado de intervenção médica para facilitar um processo fisiológico tido como penoso. As práticas intervencionistas, e muitas vezes violentas, são naturalizadas e entendidas como parte do processo de parir, são colocadas como uma ajuda, uma auxilio para diminuir os efeitos da terrivelmente dolorosa natureza feminina (DINIZ, 2007). O corpo feminino preparado para gestar e parir, segundo o discurso médico, é também o corpo passível dessas intervenções. Esse modelo de assistência pode ser explicado por motivos plurais, mas o que observa-se é uma forte presença das relações de poder imbricadas às relações de gênero, que estruturam a sociedade. Em outras palavras, a medicina, assim como qualquer outra ciência, como já denunciada pelos feminismos desde a década de 1970 (SCOTT, 1999),

não estão/são isentas das questões que estruturam as relações de desigualdade no interior da sociedade. Uma dessas questões é o gênero, que além de fundamentar a percepção dos corpos femininos baseada na diferenciação biológica, concede ao saber médico uma relação de poder sobre esses corpos.

A medicina foi apenas um dos vários discursos que atravessaram o corpo da mulher. Embora não tenha sido o único, foi fundamental para se criar, disseminar e legitimar relações de causalidade entre a potencialidade da mulher em gerar filhos e o cuidado/criação das crianças como atividades femininas, baseadas nas diferenças inscritas no corpo biológico (CURI & BAPTISTA, 2016, p. 125).

A violência obstétrica pode ser entendida a partir dessas pontuações, visto que são práticas médicas não baseadas apenas numa violência impositiva/coercitiva, mas numa violência que é também mascarada por um discurso de cuidado e precaução com a natureza instável do corpo feminino. A produção de um bebê vivo e saudável é colocado como objetivo principal do corpo da mulher, mesmo que para obter esse produto final o corpo da mãe seja violentado.

Elas incidem no sujeito mulher, no seu corpo, através de falas e intervenções que dilaceram corpo (literalmente) e alma. A mulher está literalmente nas mãos daqueles que sabem dizer o que é melhor para ela e, submetidas, resta lhe calar-se e manter-se objetos de intervenções diversas (CURI & BAPTISTA, 2016, p. 129)

Nos relatos colhidos para esta pesquisa, a violência obstétrica não aparece apenas como uma preocupação ou como um elemento de experiências passadas, mas também como vivência presente de algumas interlocutoras. Alguns relatos dão conta da violência praticada contra os corpos femininos tanto no nível psicológico, quanto no nível físico. Abaixo trechos do relato de uma das interlocutoras que podem elucidar o tema aqui discutido:

“Eu cheguei na outra sala e ele saiu, foi tomar um café e isso a cabeça do bebê já estava... e Companheiro já tinha entrado né? Já tinha entrado na sala, porque ele pediu para assistir o trabalho de parto... davapara ver a cabecinha, o cabelinho dele já, e eu não conseguia tocar, mas o Companheiro disse que via a cabeça dele, os cabelos e ele pediu para ir para outra sala e a gente foi para outra sala. A gente foi para outra sala ele não tava, eu pedi para ficar na banqueta ele não deixou e aí eu voltei para sala de pré-parto, porque eu não tava conseguindo, eu não consegui mudar de ambiente, eu não ia conseguir ter ele na outra sala, meu corpo não trabalhou na outra sala, voltei para o pré-parto e disse “Lisley, pelo amor de Deus deixa eu ter ele aqui

sozinho, a gente temele antes do médico chegar”. “Então vamos voltar”, aí voltei e continuou né? **Aí ele pediu para eu voltar de novo para outra sala, aí eu voltei quando cheguei lá eupedi para maca ficar 90 graus e ele disse que não podia, aí eu falei que não ia conseguir terem menino desse jeito e ele queria que eu pendurasse as minhas pernas e eu disse que era impossível fazer força com as pernas penduradas, porque a única posição que eu conseguiaera agachada... E aí ele não quis, disse que ia atrapalhar ele.** E o Companheiro pegou elevantou a maca com a mão, ficou segurando a maca e segurando a minha mão como sefosse sentada né? (...)Aí eulembro que ele pegou vaselina e ficou jogando, assim, em cima da minha barriga e aí a Lisleyconversou com ele que não queria, eu não queria que fizesse episiotomia... a enfermeiracomeçou a jogar vaselina e ele falava **“ó faça força e Não grite, porque se você gritar você vai**

me atrapalhar”(...) e a Lisley do lado observando tudo. E ele pediu para enfermeira pedir para eufazer força e aí teve uma hora que eu olhei para ela e falei “Lisley eu vou desmaiar, porqueeu não aguento mais ficar com a pernas e penduradas e fazer força, não consigo fazer essaforça que ele está pedindo para mim fazer, e eu falei para ela “eu não consigo fazer, eu vouldesmaiar aqui” aí ela olhou, aí foi na hora que ele pediu para, para enfermeira fazer,fazer amanobra de kristeller(...) aí Lisley se intrometeu e falou “não você não vai fazer, você não vai subirem cima dela!”Aí ela “pelo amor de Deus faça a última força, a força, a última força quevocê conseguir”, e **foi quando eu fiz força e ele botou os quatro dedos, eu sentia os quatrodedos dele em volta da cabeça do bebê, eu senti o dedo dele dentro de mim me rasgando, me puxando.** E aí eu senti na hora que a cabeça do bebê saiu e ele puxou o resto do corpo,o corpo dele né? **Puxou o corpo** (...)quando Companheiro baixou a maca para poder descansar, aí ele ficou discutindo com eladizendo que ela não fosse, que ela fosse com os cursos de enfermeira dela para lá, discutindo na hora do parto e eu estava presenciando, eu tava observando tudo, eu não tava nartolândia, eu tava entendendo tudo que tava acontecendo ali. (...) na hora que o bebêsaiu, que ele puxou o corpo, ele também puxou a placenta, aí foi quando eu senti muita dor, muita dor, uma dor inexplicável, foi quando ele puxou. Eu lembro que a minha barriga tava até alta e na hora que ele puxou a minha barriga diminuiu e ficou o resto de placenta dentro e ele teve que limpar foi uma dor (...) e foi uma hora, e foi o único momento que eu gritei foi nesse momento, foi para mim insuportável.(...) eu fiquei com o médico e ele ficou me costurando, aí depois que ele me costurou toda aí ele fez, aí ele disse que ia fazer um toque, aí ele fez um toque no meu ânus, que foi outra dor, assim horrível, e ele na hora ele, ele fez “quer chamar o maridão para ver minha obra de arte?”Pronto, foi na hora que eu levantei, que eu quase caí da maca, eu levantei, sentei e disse que queria ir embora dali. (...) mas eu estava em estado de choque, e eu só falava “minha gente, vocês viram que ele fez comigo?” eu falava isso e parece que ninguém, que ninguém tava me escutando, parecia que eu tava louca, eu só achava que “meu Deus eu to louca aqui, eu falo e ninguém me escuta” (Ângela).

O relato acima é um exemplo do que milhares de mulheres vivenciam durante a assistência ao parto no Brasil. Esse tipo de prática violenta, misógina gera inúmeras conseqüências físicas e emocionais como medo de ter outros filhos, crises de ansiedade, dores durante as relações sexuais, compromete também a relação dessas mulheres com seus próprios corpos.

(...) fiquei com muito trauma disso, desse medo e tudo, como meu corpo tava, eu passei um ano sem conseguir ter relações com meu marido depois do parto. Eu não consegui, até hoje, eu não consigo, eu nunca consegui olhar como é que ficou (...) Passei, eu fui muitas vezes para o hospital com taquicardia, quando eu pensava que eu queria engravidar eu começava a ficar com crise de ansiedade, porque era uma coisa que eu quero muito, eu quero muito ter outro filho, mas eu não consigo ter. Então já botei na minha cabeça que eu não quero, que eu não vou ter mais outro filho saindo do meu corpo, não consigo, até hoje é isso (Ângela).

O caso de Ângela mostra como a obstetrícia ainda é um campo em que as mulheres não têm seus direitos respeitados. A violência crua presente neste relato é uma realidade que milhares de mulheres buscam mudar através de lutas, de ações jurídicas, de debates, de grupos de apoio ao parto. Questionar a medicalização dos processos de gestar e parir passa, também pelo questionamento das estruturas que fundamentam as práticas intervencionistas e violentas da assistência ao parto. Como estratégia contra essa violência, muitas mulheres recorrem á uma valorização de seus corpos numa re-significação através de um “poder” imbuído nos processos de gestar e parir.

3.3. Parto e Natureza Feminina

O corpo feminino aparece nas narrativas das interlocutoras entrevistadas, e que também observei nos encontros do grupo, como um significante da natureza feminina, ou seja, a essencialização do feminino a partir das capacidades biológicas do corpo, especialmente das capacidades reprodutivas: *"Era tipo tô cumprindo o que eu fui feita pra fazer, sabe como é, tipo os, os seios, a parte de gravidez, envolvida na gravidez, tipo, estou fêmea, assim... e acho que só"*(Adélia), *"Minha relação com meu corpo melhorou muito, porque eu pensei "Nossa! Meu corpo, meu corpo é muito potente... "Era uma potência que eu não enxergava antes"*(Lígia). Essas falas exemplificam a subjetivação do feminino como essencialmente natural, uma valorização dos aspectos biológicos do corpo como um marcador da diferenciação entre os gêneros.

Aquela coisa de tá gestando, de ter um filhote da espécie, essa coisa feminino mesmo eu sempre me senti... a... aquela coisa de: "ah estou plena, não sei o quê"... Não era muito isso não. Era tipo tô cumprindo o que eu fui feita pra fazer, sabe como é, tipo os, os seios, a parte de gravidez, envolvida na gravidez, tipo, estou fêmea, assim... e acho que só (...).Pra destacar essa questão mesmo de eu estar gestando pra mim sempre foi muito assim: tô cumprindo, tô usando meu útero, tô usando... é tipo isso (risos) É uma coisa muito de fêmea, assim, fêmea da espécie, sabe?" (Adélia).

"Primeiro... a primeira coisa que ficou clara, para mim, ali era o quanto a gente tem um lado bicho, assim, primitivo que eu não conhecia e que veio ali na hora do trabalho de parto, de ficar com a luz apagada e ficar no lugar silencioso e do quanto a gente precisa de silêncio para se concentrar no próprio corpo (...). E é isso que os animais fazem, eles precisam de um lugar recluso, isso foi muito forte para mim, depois eu ficava pensando como...que por isso que o bicho vai para o canto ficar distante para poder conseguir parir. Mesmo porque doía mais quando isso não acontecia, quando você tava achando que tava sendo ameaçada e não é uma coisa a você, a mente racional, é uma coisa que acontece, a insegurança. Qualquer coisa, qualquer fato que mude no ambiente já faz a pessoa, uma pessoa estranha que entra, uma luz que acende, um ruído maior que faça já faz um ambiente mudar e você já muda, muda a sequência do que tá acontecendo no seu corpo, e aí ficou muito claro, para mim, do quanto o corpo da gente também é animal, também...e como ele é potente na sinalização do que a gente precisa e eu nunca tinha...para mim foi muito significativo, para eu poder voltar a ouvir meu corpo, sabe ouvir, a me conectar com ele, a me conectar e admirar e valorizar.E ver que é um corpo perfeito, apesar de,da parte social dizer que não, que de tanto as exigências estéticas que meu corpo nunca atendeu, mas saber que ele era capaz de gerar e colocar para fora um bebê, que todo mundo dizia que eu não era capaz. E amamentar também foi outro processo que fez parte desse, de ressignificação, de ressignificara relação com meu corpo, na verdade o quanto para mim foi, foi um momento, um portal de entrada para uma fase, uma fase da minha vida de uma outra fase e outra,Ligia é uma outra pessoa, uma outra identidade sendo construída de uma outra visão de mundo, de, da visão sobre o meu próprio corpo e da relação comigo mesmo, foi a porta de entrada para muita coisa, assim, e aí foi muito simbólico.Foi um momento simbólico, porque é uma grande mudança e depois eu percebi que para toda mulher acontecia mais ou menos o mesmo e eu dizia "meu Deus! Todo mundo tem que parir, porque isso aqui é mágico!" Porque o tanto de aprendizado que você tem ali nenhuma outra experiência consegue, só que depois eu entendi que não, para mim foi um gatilho importante para todas essas mudanças e processos, mas eu entendi que nem toda mulher tem essa mesma sequência, para mim foi assim e o parto foi teve esse papel e é isso"(Lígia).

"Rapaz! Assim, que a gente pode tudo, né? Carregamos o mundo nas costas, sem a mulher não existiria vida, porque você se sente uma

super-heroína, você tá produzindo uma vida, uma vida que vai existir no mundo saiu de dentro de você. **Então o poder é muito grande... de você gerar, de você colocar para fora. De você Nutrir. Satisfação"** (Beatriz).

(...) **De transformação da minha identidade enquanto mulher e da construção de uma identidade como mãe.** Eu digo que, que foi o segundo passo, realmente, o segundo nascimento eu não poderia dissociar, sabe? A gente sempre fala “ah, no primeiro foi assim, no segundo foi assim, foi assado”, mas, na verdade, o segundo parto nasceu do primeiro, né? Nasceu desse, dessa vivência violenta e dessa vivência cheia de contraditório como foi, de contradição, desculpa, como foi o parto de Hector.

É... então assim, a minha transformação como mulher foi em todos os níveis. Hoje, por exemplo, eu repenso a minha, minha relação com o consumo. Porque eu comecei a pensar as questões de maternidade, sabe? Com o meio ambiente, com minhas é... posturas enquanto feminista, enquanto mulher e nesse... o encontro do meu lugar do mundo enquanto mulher veio disso, sabe? **Também. Então uma transformação radical"**(Clarice).

A re-significação do discurso que o saber médico atribuiu aos corposfemininos é apresentada nesses relatos através de uma auto-representação do corpo como espaço de poder feminino. O parir não é pensado a partir de uma idéia de sofrimento, punição, falha da natureza, mas como experiência que atribuí poder às mulheres que a vivenciam. A identidade materna é dessa forma forjada numa percepção de si com base numa diferenciação biológica, numa suposta natureza feminina. Natureza essa tida como forte e transformadora. O processo fisiológico de parir torna-se, então, um elemento fundamental para a subjetivação feminina partindo de uma idéia de feminilidade naturalizada.

CONCLUSÃO

A ascensão do projeto biopolítico instaurado a partir do final do século XVIII, inaugura uma política de Estado baseada no gerenciamento da vida das populações. A saúde, a sexualidade, o comportamento, a higiene passam a ser preocupações não apenas dos governos, mas também de todo corpo social (FOUCAULT, 2015). A medicina, enquanto ciência dos corpos passa a produzir os discursos sobre os corpos dos sujeitos e torna-se um dos dispositivos de controle desses corpos. Ao trazer esse debate para a temática da gestação e do parto, através de uma perspectiva de gênero como “um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas

entre os sexos [...] e uma forma primária de dar significado às relações de poder". (SCOTT, 1995, p. 86), inferimos que o nascimento da obstetrícia está inteiramente ligado ao biopoder e funciona também como produtor de discurso sobre os corpos femininos e ferramenta de controle sobre esses corpos.

Desse modo, a percepção da obstetrícia sobre os corpos femininos é baseada numa ideia de uma natureza feminina determinista, um tipo de destino biológico. Essa suposta natureza feminina seria ao mesmo tempo dolorosa, impiedosa e necessitada de ajuda (leia-se controle). No ideário que circunda as elaborações acerca do corpo feminino, essa visão biomédica, cartesiana, instaurada pela modernidade, corrobora para um olhar sobre as mulheres enquanto vítimas de sua própria natureza (DINIZ, 2017), sujeitas à sua condição de fêmea, determinadas à maternidade (SCAVONE, 2001). Ligado ao discurso patriarcal de que as mulheres eram mais aptas para os cuidados maternos e do lar, o discurso médico torna científico o mito da maternidade como um destino biológico e, mais que isso, o amor materno como um valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade (BADINTER, 1985). As mulheres das classes mais altas passam a ser valorizadas pela reprodução e o lugar delas na sociedade passa a ser o de gestora da vida familiar. Auxiliada pela medicina, essas mulheres têm um papel a desempenhar da melhor maneira possível: a maternidade (NUNES, 1999). Procriar, reproduzir a espécie passou a significar socialmente o feminino e esta significação chama-se maternidade (SWAIN, 2007). Badinter(1985) afirma que os discursos de moralistas, administradores, médicos, para convencer as mães aos cuidados com filhos, como a amamentação, por exemplo, eram baseados em uma promessa de valorização do papel social da mulher:

Parte das mulheres foi sensível a essa nova exigência. Não porque obedecessem às motivações econômicas e sociais dos homens, mas porque um outro discurso, mais sedutor aos seus ouvidos, esboçava-se atrás desse primeiro. Era o discurso da felicidade e da igualdade que as atingia acima de tudo. Durante quase dois séculos, todos os ideólogos lhes prometeram mundos e fundos se assumissem suas tarefas maternas: "Sede boas mães, e sereis felizes e respeitadas. Tornai-vos indispensáveis na família, e obtereis o direito de cidadania" (BADINTER, 1985, p. 147).

Esse ideal de feminilidade não era vivenciado pelas mulheres homogeneamente, nas classes populares a maternidade tinha outras especificidades. Como aponta Cláudia Fonseca (1995), as mulheres pobres sempre trabalharam e a maternidade era vivida

através de uma coletividade dos cuidados com as crianças. Del Priory (1995) afirma que as mulheres pobres e trabalhadoras viviam uma maternidade na luta pela vida e adaptavam os destinos de seus filhos às suas condições materiais (p. 50). Era comum no período colonial a entrega, o abandono e o infanticídio como forma de atenuar as dificuldades vivenciadas pelas mulheres que tinham filhos, principalmente daquelas que precisavam arcar sozinhas com a criação destes (DEL PRIORY, 1995). Havia, portanto, um abismo entre a idealização da maternidade e a vivência dela por uma parcela significativa das mulheres brasileiras. O mito do amor materno não se sustentava na concretude da vida material, porém as práticas obstétricas ganhavam cada vez mais espaço na relação entre mulheres e seus corpos.

As classes dominantes que reinventam a maternidade como vocação feminina exclusiva estão em contradição absoluta com a realidade concreta: muitas mulheres trabalham no séc.XIX e devem assumir sua maternidade nas condições mais difíceis. A distância é imensa entre o ideal descrito e sonhado da mãe educadora, consagrada em tempo integral a suas crianças, e a vida cotidiana das mães de origem modesta. (SCAVONE, 2001 p.49 apud FOUQUET, 1977, p. 210).

Atualmente esse discurso tornou o gestar e o parir processos medicalizados e patologizados, com assistências tecnocráticas e violentas: altas taxas de cesáreas, partos repletos de intervenção e práticas configuradas como violência obstétrica. A crítica a esse modelo surge já na década de 1950, através de diversos movimentos. Porém, no Brasil, é a partir dos anos de 1980 e 1990, especialmente através de lutas dos movimentos feministas, que o debate sobre o modelo de assistência obstétrica surge como pauta política. O pensamento político/intelectual dos movimentos feministas ao denunciarem que não é o fator biológico da reprodução que determina a posição social da mulher, mas as relações de dominação que atribuem um significado social aos seus papéis na sociedade (SCAVONE, 2001), questionam a representação do corpo feminino como destino biológico para maternidade, que neste caso deveria ser escolha e não imposição social. Os direitos reprodutivos se tornam pauta fundamental para as feministas. A medicalização dos processos de gestar e parir são pautados principalmente através da luta pela garantia dos direitos reprodutivos.

Segundo LE BRETON (2011), a crise na hegemonia do saber médico como basilar para a produção acerca dos discursos sobre os corpos cria uma procura por práticas médicas alternativas, em que as percepções sobre doença e saúde operem numa

lógica que tomem o corpo dos sujeitos de maneira integral, ou seja, que respeite às especificidades, a cultura, a história, a espiritualidade dos indivíduos e, não mais como um corpo separado por partes específicas e distante do próprio homem. Ao trazer o debate para o campo do gestar e parir percebe-se que essa crise ou esse questionamento sobre o saber médico possibilita, ao mesmo tempo, uma crítica às práticas intervencionistas, etambém um resgate da idéia de uma suposta natureza feminina através da valorização da maternidade, especialmente a partir dos processos fisiológicos como gestar, parir e amamentar enquanto processos transformadores de subjetividade feminina (BADINTER, 2010).

Desse modo pode-se inferir, que ao buscar vivências mais naturais, menos medicalizadas de gestação e parto, as mulheres presentes nessa pesquisa, caminham entre questionar o saber médico que significa seus corpos como incapazes, frágeis, dóceis (FOUCAULT, 2015), ao mesmo tempo que recorrem á uma valorização da natureza feminina. A luta pela humanização do parto passa também por significações dos corpos que opera numa lógica sexo/gênero, tão criticada pelos movimentos feministas das décadas de 70 e 80 (SCOTT, 1999). Contudo a denúncia de práticas violentas na assistência, a luta por respeito às escolhas, o direito ao corpo como um valor inegociável, não pode ser desconsiderada da análise das re-significações do corpo presente nos relatos nas experiências vivenciadas por essas mulheres.

Dito isto, saliento que as experiências e vivências aqui narradas e analisadas, fazem parte da vida concreta de milhares de mulheres pelo mundo e,entre teorias e práticas, as militâncias, os movimentos de mulheres, os movimentos feministas têm trazido ao debate do campo epistemológico feminista a urgência de se pensar novas formas de lidar com o corpo, a maternidade e a práticas médicas. Naturalizar o feminino talvez não seja a melhor saída, porém é a resposta que muitas mulheres vêm construindo contra a violência, o controle e a submissão que seus corpos experimentam ao gestar e parir. O papel do feminismo enquanto movimento político e intelectual precisa acolher e debater o que as vozes dessas mulheres estão tentando gritar.

REFERÊNCIAS

- BADINTER, Elisabeth. Um Amor Conquistado: o mito do amor materno. Tradução de Waltensir Dutra. — Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BADINTER, Elisabeth. Le conflit, La femme e La mère. Paris: Flammarion, 2010
- BORIS, georgesdanieljanjabloc&cesídio, mirella de holanda. mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. revista mal estar e subjetividade, 7(2), 451-478, 2007.
- BOURDIEU, pierre. a dominação masculina. rio de janeiro: bertrand brasil, 1998.
- BROHM, Jean Marie. Corps et Politique. Sociología Política del Deporte. México: Fondo de Cultura Económica, 1982.
- CARNEIRO, Rosamaria. Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto. experiências e percepções dissidentes de saúde e de bem-estar na contemporaneidade. departamento de saúde coletiva, fce/unb. qnn 14, ceilândia. brasíliadf.
- CHARAUDEAU, Patrick etMAINGUENEAU, Dominique (sons la direction de). dictionnaire d'analyse du discours, paris: senil, 2002.
- CHIESA, Carolina Dalla & FANTINEL, Letícia dias. "quando eu vi, eu tinha feito uma etnografia": notas sobre como não fazer uma “etnografia acidental” autoria: trabalho apresentado no viii encontro de estudos organizacionais da anpad maio de 2014.
- CORREA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **physis**, rio de janeiro , v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996.
- CORREIA, Maria da conceição batista. a observação participante enquanto técnica de investigação. pensar enfermagem vol. 13 n.º 2 2º semestre de 2009.
- CORTES, Soraya Vargas & LIMA, Luciana. a contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. lua nova, são paulo, 87: 33-62, 2012.
- CRISTIAN, Fabiano guimarães. subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno. revista mal-estar e subjetividade . fortaleza, 2003.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. “The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth”. in international journal of gynecology & obstetrics. international conference on humanization of childbirth. fortaleza, brazil, 2-4 november 2000, pp. 5-23.

DEL PRIORE, Mary (org.). história das mulheres no brasil. coordenação de textos de CARLA Bassanesi. são paulo: contexto, 1997.

DINIZ, CSG. Assistência ao Parto e Relações de Gênero: elementos para uma releitura médico-social. dissertação de mestrado. faculdade de medicina/usp, são paulo.

DINIZ, CSG. Entre a técnica e os Direitos Humanos: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto. tese de doutorado. faculdade de medicina/usp, São Paulo.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da Assistência ao parto no brasil: os muitos sentidos de um movimento. revista de ciência & saúde coletiva.10 (3). 627-637, 2005.

DINIZ, Simone Grilo, DUARTE, Ana Cristina. Parto Normal ou Cesárea? o que toda mulher deve saber (e todo homem também). são paulo: editora unesp, 2004

direitos das mulheres no parto. ministério público, 2017. disponível em

DUARTE, LFD, & LEAL, OF, ORGS. Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas [online]. Rio de janeiro: editora FIOCRUZ, 1998. 210 p. ISBN 85-85676-46-9.

M. A ordem do discurso. São Paulo: Editora Loyola, 2010.

FOUCAULT, MICHEL. A ARQUEOLOGIA DO SABER. TRADUÇÃO DE LUIZFELIPE BAETA NEVES, -7ED. - RIO DE JANEIRO: FORENSE UNIVERSITÁRIA, 2008.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 1987.

Gaudenzi, P. & Ortega, F. (2012). O estatuto da medicalização e as interpretações de IVAN, Illich . Michel Foucault: Como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. RevistaInterface –Comunicação, Saúde, Educação, 16 (40).

GEERTZ, CLIFFORD. “UMA DESCRIÇÃO Densa: POR UMA TEORIA INTERPRETATIVA DA CULTURA”. IN: A INTERPRETAÇÃO DAS CULTURAS. RIO DE JANEIRO: GUANABARAKOOGAN, 1989. p. 13-41.

JAGGAR, Alison M & BORDO, Susan R. Gênero, Corpo, Conhecimento [editores]; Tradução de Britta Lemos de Freitas. - Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997.

GIFFIN, K., and COSTA, SH., orgs. Questões da saúde reprodutiva [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

GIFFIN, K., AND COSTA, SH., ORGS. QUESTÕES DA SAÚDE REPRODUTIVA[ONLINE]. RIO DE JANEIRO: EDITORA FIOCRUZ, 1999. 468 P. ISBN 85-85676-61-2. AVAILABLEFROMSCIELO BOOKS.

- GOMES, Roger Marcelo Martins. A Arqueologia do Saber: uma proposta metodológica para a análise do discurso in. história interfaces científicas - humanas e sociais • Aracaju • v.6 • n.3 • p. 19 - 26 • fev. 2018.
- GREGOLIN, M do Rosário Valencise. A Análise do Discurso: conceitos e aplicações. Alfa, São Paulo, 39: 13-21,1995
- KOURY, Guilherme Pinheiro . Gilberto Velho: um precursor da antropologia das emoções no Brasil.Trabalho Apresentado na V Reunião Equatorial de Antropologia XIV Reunião dos Antropólogos do Norte e Nordeste de 19 a 22 de julho de 2015,
- ABREU, Jean Luiz Neves. Das Representações Antropológicas do Corpo. Vozes, 2011.
- KOFES, Suely. Categorias Analítica e Empírica: gênero e mulher: disjunções, conjunções e mediações. Este texto foi apresentado durante a XVIII Reunião da Associação Brasileira de Antropologia (ABA), em Belo Horizonte, de 12 a 15 de abril, 1992.
- LAPASSADE, G. (2001). L' Observation Participante. Revista Europeia de Etnografia da Educação. 1. pp. 9 – 26.
- MAIA, Mônica Bara. Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.
- MALINOWSKI, Bronisław. Argonautas do Pacífico Ocidental. um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da nova guiné, melanésia. São Paulo: Abril Cultural, 2ª ed., 1978.
- MALUF, Sônia Weidner. Corpo e Corporalidade nas Culturas Contemporâneas: abordagens antropológicas. Dossiê, Corpo e História: esboços - Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC/2001, Chapecó, 2002.
- MENDES, Cláudio Lúcio. O Corpo em Foucault: superfície de disciplinamento e governo. Revista de ciências humanas, Florianópolis, EDUFSC, n. 39, p. 167-181, abril de 2006.
- MOORE, Henrietta. “Understanding sex and gender”, in Tim Ingold (ed.), Companion Encyclopedia of Anthropology.Londres, Routledge, 1997. Tradução de Júlio Assis Simões, exclusivamente para uso didático.
- OLIVEIRA, Glaucia Fontes de. Violência de Gênero e a Lei Maria da Penha. ConteudoJuridico, Brasilia-df: 06 out. 2010.
- ORLANDI, e. análise de discurso: princípios e procedimentos. campinas: pontes, 1999. cap. 1, p. 15-22.
- PCHEUX, M. AnalyseAutomatiqueduDiscours. Paris:dunod, 1969.

PÊCHEUX, Michel. análise do discurso. textos selecionados por eniorlandi. campinas: pontes, 2011.

PÊCHEUX, Michel. o discurso: estrutura ou acontecimento. campinas: pontes, 1997.

PÊCHEUX, Michel. semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio. trad.EniOrlandi et al. campinas: ed. unicamp, 1997.

PEIRANO, M. A Favor da Etnografia. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

PEIRANO, M. Etnografia, ou a Teoria Vivida. Ponto Urbe, 2008.
Revel, j. (2005). Michel Foucault Conceitos Essenciais. (c.p.filho& n. milanez, trad.). Pão Paulo: Claraluz.

rocha, analuiza carvalho; eckert, cornelia. antropologia da e na cidade: interpretações sobre as formas da vida urbana. porto alegre: marca visual, 2013. 296 p.

SCOTT, joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. educação e realidade, nº 16, vol.2, porto alegre, jul-dez 1990.

Tornquist, Carmen Susana. Parto e Poder. o movimento de humanização do parto no Brasil. tese (doutorado). PPGAS-UFSC, Florianópolis, 2004. _____. “humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-floyd”. In: Revista de Estudos Feministas. Florianópolis, v. 10, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1987.

URIARTE, U. M. O que é Fazer Etnografia para os Antropólogos. Ponto Urbe, 2012.

VAN GENNEP, Arnold. Os ritos de Passagem. Petrópolis: Editora Vozes, 1978.

VELHO, Gilberto. O Desafio da Proximidade. in: Velho, g.; kuschnir, k. Pesquisas Urbanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

VELHO, Gilberto. Observando o Familiar. in: Nunes, e. d. o. A Aventura Sociológica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.

Sites Acessados:

Pesquisa revela número excessivo de cesarianas no brasil. fiocruz, 2015. disponível em <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>>. acesso em : 14 de dezembro de 2017.

<<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/mulher/saude-das-Mulheres/enfrentamento-a-mortalidade-materna-menu/os-direitos-da-mulher-no-parto-ana-previtali>> acesso em: 20 de janeiro de 2018.

Disciplinarização, corpo e habitus. web artigos, 2011. disponível em <<https://www.webartigos.com/artigos/disciplinacao-corpo-e-habitus/73768/>> acesso em : 23 de julho de 2018.

NASCER BRASIL. [ACESSO EM 05 MAR 2015] DISPONÍVELEM: [HTTP://WWW6.ENSP.FIOCRUZ.BR/NASCERBRASIL/](http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerberasil/) acesso em 23 de junho de 2019.

A Medicina Social Como estratégia biopolítica. sabedoria política, 2017. disponível em <<https://www.sabedoriapolitica.com.br/products/foucault-e-a-medicina-social-como-estrategia-biopolitica/>>acesso em: 23 de julho de 2018.

Episiotomia ainda é comum no brasil. blogue pretexto uel, 2017. disponível em: <<https://pretextouel.com/2017/06/02/episiotomia-ainda-e-comum-no-brasil/>>acesso em: 19 de março de 2018.

Anexo I –

Questionário 1- sócio-clínico

1. Qual a sua cidade?
2. Qual sua idade atual?
3. Qual sua escolaridade?
4. Qual sua profissão ocupação?
5. Quantos filhos?
6. Qual a idade dos filhos?
7. Qual sua renda familiar mensal?
8. Qual hospital maternidade teve o(s) filho(s)?
9. Seu atendimento durante a gestação foi: SUS () Plano ()
Particular ()
10. Seu atendimento durante trabalho de parto e parto foi:
SUS () Plano () Particular ()

11. Qual foi o seu tipo de parto? Normal () Cesariana ()
12. Durante sua gestação qual o tipo de parto você gostaria de ter?
Normal () Cesariana ()
13. Você pode escolher o tipo de parto que desejou durante a gestação?
Sim () Não ()
14. Se não, qual o motivo?

Anexo II

- ENTREVISTA -

sobre o corpo que gesta²⁵- percepção da gestação

1. A gestação foi planejada ?
2. Como você descreveria o momento da descoberta da gravidez?
3. Quais expectativas você tinha sobre a gestação?
4. Quais os aspectos sobre estar grávida você destacaria?
5. Como você definiria o papel do(a) parceiro(a) e da família durante a gestação?
6. Como foi sua relação com seu corpo grávido?

Sobre o corpo manipulado - percepção do pré-natal

1. Como descreveria seu acompanhamento médico do pré-natal
2. Você tinha liberdade para sanar suas dúvidas?

²⁵consideramos apenas a última gestação

3. Como você consideraria as informações recebidas no pré-natal?
4. Nas consultas alguém te acompanhava? Quem era essa pessoa?
Como você define o papel dela durante esse acompanhamento?
5. Como você se sentia durante essas consultas?

Sobe o corpo que pare- percepção do trabalho de parto e parto

1. Como se deu a escolha pelo tipo de parto?
2. Como descreveria o apoio do médico/equipe e do(a) companheiro(a)/família acerca da sua escolha
3. Quais eram suas expectativas sobre o trabalho de parto (TP) e o parto?
4. Relate um pouco sobre o seu TP e sobre o parto.
5. Como você descreveria o atendimento recebido no TP e no parto?
6. Quais significados esses momentos tiveram para você?