



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz

**INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM
SAÚDE**

CLARISSE CASTRO CAVALCANTE

**PERCURSOS E SENTIDOS DO GESTAR E DO NASCER:
TRAJETÓRIAS DE GESTANTES EM BUSCA DE CUIDADO NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**RIO DE JANEIRO
2019**

Clarisse Castro Cavalcante

**PERCURSOS E SENTIDOS DO GESTAR E DO NASCER: TRAJETÓRIAS DE
GESTANTES EM BUSCA DE CUIDADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Informação, Comunicação e Saúde (Icict), para
obtenção do grau de Doutora em Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Kátia Lerner

Rio de Janeiro
2019

CLARISSE CASTRO CAVALCANTE

Percursos e sentidos do gestar e do nascer: trajetórias de gestantes em busca de cuidado no Sistema Único de Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde (Icict), para obtenção do grau de Doutora em Ciências.

Data da defesa: 30 de abril de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Kátia Lerner – Fiocruz
(Orientadora)

Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Barcellos Rezende
(Instituto de Ciências Sociais – UERJ)

Prof^ª. Dr^ª. Marina Fisher Nucci
(Instituto de Medicina Social – UERJ)

Prof^ª. Dr^ª. Adriana Cavalcanti de Aguiar
(Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica – Fiocruz)

Prof^ª. Dr^ª. Inesita Soares de Araújo
(Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica – Fiocruz)

Cavalcante, Clarisse Castro.

Percurso e sentidos do gestar e do nascer: trajetórias de gestantes em busca de cuidado no Sistema Único de Saúde / Clarisse Castro Cavalcante. - Rio de Janeiro, 2019.

207 f.

Tese (Doutorado) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2019.

Orientador: Kátia Lerner.

Bibliografia: f. 193-203

1. Gravidez. 2. Pré-natal. 3. Parto. 4. Etnografia. 5. Itinerários de cuidado. I. Título.

Dedico este trabalho

À minha avó Bernadete (*in memoriam*) e à
minha mãe Regina Célia, por representarem
a ancestralidade que me permitiu chegar até
aqui e por serem as mulheres mais
importantes da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deusa, à Gaia, a todos os arquétipos femininos de fertilidade, sensibilidade, coragem e proteção. À divindade que habita em mim, em todos nós.

Ao meu núcleo familiar terreno – meu pai Tarcísio, minha mãe Regina, meus irmãos Guilherme e Gabriel. Sem o amor, a confiança e o apoio de vocês, nada disso teria assumido a dimensão afetuosa e comprometida que assumiu.

À minha orientadora, Kátia Lerner, por nossa relação duradoura, por me permitir crescer como pesquisadora e como ser humano em sua presença e sob seus cuidados, e por ter me apresentado a Antropologia.

Às mulheres que foram participantes dessa pesquisa – Karol, Manuela, Sandra, Nina, Cida, Norma, Marielle, Eliane, Sara (pseudônimos) – pela disposição e confiança em compartilhar um universo tão íntimo e intenso. Por terem me permitido aprender sobre maternidade através de seus olhares.

Ao Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde e à própria Fiocruz, espaços que se configuram como abertos à diversidade, que apostam na interdisciplinaridade e que são comprometidos com o fortalecimento do SUS. Num momento tão delicado pelo qual passa nosso país, tudo isso se configura como uma grande e necessária resistência, e por isso me sinto feliz em fazer parte dessa história.

Aos amigos que Juiz de Fora me deu, e que foram tantas vezes poderosos cúmplices de minha trajetória, acolhendo e acarinhando esta itinerante que vos fala. Em especial à Regina, Leandro e Letícia, que foram também uma família. Todos os nossos encontros e cafés estarão para sempre em minha memória e coração.

Aos autores com os quais me enamorei nessa trajetória, com os quais dialoguei, e embora talvez nunca os conheça pessoalmente, serão para mim exemplos de entrega, coragem e inovação, valores tão caros à Academia – Diniz, Tornquist, Carneiro, Rezende, Russo, Salem, Bonet, Fravet-Saada, entre outros.

À minha banca examinadora, tão competente, comprometida e afetuosa, pela troca pertinente e por serem expoentes de uma luta para que as mulheres, as gestantes, e as crianças sejam verdadeiramente cuidados e reconhecidos como sujeitos dignos de respeito e atenção.

À minha amiga e revisora, Mirna Juliana, pelo cuidado e pela urgência com que topou me socorrer nos instantes finais desse processo, e por ser uma itinerante tão arretada e corajosa quanto eu.

Aos meus cachorros, Brigitte e Raul, sim, senhores e senhoras. Dois vira-latas que foram os mais fieis escudeiros que um ser humano pode dispor, e pela paciência diante dos dias sem passeio e sem atenção. O mais legal de tudo é que vocês nunca precisarão desse agradecimento para continuarem sendo quem são.

A todos os amigos que eu tenho, que me têm, e cujas torcidas para essa tese se concluísse da maneira mais bela possível eu jamais esquecerei. Vocês são escudo e espada. Juarez, Tereza, Jane, Gizelle, Raquel, Simone, Alan, Stephanie, Marina, Luciana, Berenice, um beijo!

Toda árvore possui por baixo da terra uma versão primeva de si mesma. Por baixo da terra, a árvore venerável abriga “uma árvore oculta”, feita de raízes vitais constantemente nutridas por águas invisíveis. A partir dessas radículas, a alma oculta da árvore empurra a energia para cima, para que sua natureza mais verdadeira, audaz e sábia viaje a céu aberto. *O mesmo acontece com a vida de uma mulher.* Como a árvore, não importa em que condições ela esteja acima da terra, exuberante ou sujeita a enorme esforço... por baixo da terra existe “uma mulher oculta” que cuida do estopim dourado, aquela energia brilhante, aquela fonte profunda que nunca será extinta.

(Clarissa Pinkola Estés, 2007, p. 29)

RESUMO

Esta tese tem como objetivo analisar a trajetória de mulheres gestantes em busca de assistência no Sistema Único de Saúde no município de Juiz de Fora/MG, e assim compreender como as dimensões política, institucional, clínica, e cultural do cuidado com a gestação e o nascimento se articulam e produzem trajetórias individuais, mas que são também construídas e significadas coletivamente. Esta investigação será feita à luz de alguns conceitos, dentre os quais destacam-se: itinerários de cuidado, humanização, risco e medicalização. Para tal, foi realizada uma etnografia na qual a autora permaneceu oito meses em campo, no ano de 2018, observando como nove gestantes se relacionaram com os itinerários que lhes foram propostos seguindo as condutas do Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento, e os modos como coproduziram seus percursos a partir dos sentidos que atribuíram às práticas e discursos através dos quais transitaram, se deixando agenciar pelos pressupostos científicos e também sendo mediadoras das cenas de cuidado a partir da valorização de suas próprias experiências. Partindo do pressuposto de que gravidez e parto não são eventos meramente fisiológicos, este estudo adota uma abordagem socio-antropológica para mostrar que as trajetórias em busca de cuidado, além de configurarem ‘questões de saúde’ (valorizando os inúmeros sentidos que esta acepção produz) são também moduladas pela produção e circularidade de sentidos sobre maternidade, relações parentais, relações com o corpo e mudanças de comportamento em nome da construção do que significam como uma gravidez saudável.

Palavras-chave: Gravidez; Pré-natal; Parto; Etnografia; Itinerários de cuidado.

ABSTRACT

This thesis aims to analyze the trajectory of pregnant women seeking care in the Unified Health System in the city of Juiz de Fora / MG, and thus understand how the political, institutional, clinical, and cultural dimensions of gestational care and birth and articulate and produce individual trajectories, but which are also constructed and signified collectively. This research will be made in the light of some concepts, among which stand out: itineraries of care, humanization, risk and medicalization. For that, an ethnography was carried out in which the author stayed eight months in the field, in the year 2018, observing how eight pregnant women were related to the itineraries that were proposed to them following the procedures of the Prenatal and Birth Humanization Program, and the ways in which they co-produced their paths from the meanings they attributed to the practices and discourses through which they transited, allowing themselves to be acted upon by scientific presuppositions, and also by arranging the scenes of care from the appreciation of their own experiences. Based on the assumption that pregnancy and childbirth are not merely physiological events, this study adopts a socio-anthropological approach to show that the trajectories in search of care, in addition to configuring 'health issues' (valuing the innumerable meanings that this meaning produces) are also modulated by the production and circularity of meanings about motherhood, parental relationships, relationships with the body, and behavioral changes in search of a healthy pregnancy.

Keywords: Pregnancy; Prenatal; Childbirth; Ethnography; Care itineraries.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 UMA REVISÃO DAS MUDANÇAS DO CUIDADO CONTEMPORÂNEO: PROCESSOS E CONCEITOS	20
1.1 DESLOCAMENTOS NAS TRAJETÓRIAS DO CUIDADO À GESTAÇÃO	20
1.2 AS NOVAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E AO PARTO EFETIVADAS NO SÉCULO XIX.....	28
1.2.1 A história da cesárea e seu impacto na assistência ao parto	34
1.3 MEDICALIZAÇÃO E RISCO: CONCEITOS E CATEGORIAS DOS PROCESSOS DE CUIDADO CONTEMPORÂNEOS.....	38
1.4 AS OUTRAS FACES EM DISPUTA: CONTRACULTURA, FEMINISMO, E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA OS PROCESSOS DE CUIDADO	44
1.5 O MOVIMENTO INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E SUAS DIRETRIZES PARA AS ATUAIS TRAJETÓRIAS DE NASCIMENTO.....	53
2 UMA METODOLOGIA PARA AS TRAJETÓRIAS	63
2.1 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS COMO PRÁTICA ETNOGRÁFICA	67
2.2 CENÁRIO E CONTEXTO DO ESTUDO	70
2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	73
2.4 O PESQUISADOR EM CAMPO: ENREDOS DO FAZER ETNOGRÁFICO	85
3 PERCURSOS E SENTIDOS DO NASCER	91
3.1 O PRINCÍPIO.....	91
3.1.1 Quero ser mãe. Ou não?	91
3.2 A TRAVESSIA	105
3.2.1 Deu positivo! Por onde devo seguir?	105
3.2.2 Humanização e cuidado humanizado: cruzamentos entre teorias e práticas	119
3.2.3 A relação com o risco e as razões para a realização do pré-natal	133
3.2.4 Barriga a crescer: esse corpo me pertence?	141
3.3 O FINAL	154
3.3.1 Não aguento mais: luz no fim do túnel	154
3.3.2 “O SUS para grávidas funciona!”	167
CONCLUSÃO	177
REFERÊNCIAS	193
APÊNDICES	204

INTRODUÇÃO

O interesse inicial que me mobilizou à construção dessa tese residiu numa questão que me parecia relevante enquanto objeto de pesquisa: como as políticas de saúde em vigência no Sistema Único de Saúde, e os modos como elas se materializam em itinerários de cuidado semiestruturados e organizados por níveis de atenção, agenciam os corpos e os trânsitos dos usuários dos serviços. Me inquietava a vontade de compreender como ambos – usuários e serviços de saúde – se movimentavam para caberem-se mutuamente, não me parecendo possível pensar de forma crítica nos princípios do SUS, sobretudo em integralidade e equidade, sem considerar as diversidades inerentes às experiências e necessidades dos sujeitos e as bases filosóficas e pragmáticas implicadas na oferta de atenção à saúde. Recém mestra pelo mesmo programa de pós-graduação, vinha de uma tradição de pesquisa focada nos discursos midiáticos que conferiam visibilidade ou invisibilidade às políticas públicas de saúde, e ansiava por investigar um outro lado dessa história, ou dessas histórias – as trajetórias dos sujeitos em busca de assistência à saúde que em nada, ou quase nada, eram relatadas nos dispositivos jornalísticos. Ainda que se dissessem interessados em perceber e documentar os processos, tais dispositivos estavam focados quase sempre apenas nos desfechos. Então agora eu desejava olhar os percursos através de outras lentes, ou frestas, e por isso eu precisava ouvir pessoas, conhecer suas escolhas, entender o que as possibilitava e as impelia transitar pelos distintos níveis de cuidado e estabelecimentos de saúde em busca de solucionar os seus “problemas de saúde”. Ainda que não conhecesse o autor à época, me assemelhava à perspectiva de Bonet (2014), que ao entender o sistema de saúde como “um conjunto de redes que se interpenetram”, foi “atraído pela circulação dos usuários pelo sistema; assim, ganhando interesse pelos processos; o sistema de saúde passou a ser considerado como um processo”.

Assim, construí um projeto e submeti-o a uma banca examinadora, como parte do processo seletivo de ingresso no doutorado. Ali, uma pergunta lançada por um dos examinadores abriu minha caixa de pandora: mas de quais usuários você está falando, ou pretende falar? Pois para cada um deles, alertava o arguidor, há um itinerário que é modulado pelas políticas, mas configura processos específicos que abarcam muitos elementos, para além da política, e que estão relacionados às necessidades de saúde de cada sujeito. Sim, aquilo me parecia verdadeiro, e ao contornar melhor minha inquietação ele me apresentara, sem assim nomear, a uma perspectiva antropológica da situação. Dizia-me, indiretamente, que ao olhar

para o contexto era preciso também olhar para o específico, e vice-versa. Saí da entrevista reflexiva, sem saber se seria aprovada, e se teria tempo para amadurecer e elaborar uma resposta.

Felizmente recebi aprovação no processo seletivo, e já cursando o primeiro semestre do curso, fui surpreendida por uma gravidez não planejada. Aquela situação me convocava a construir meu próprio itinerário, sem experiência prévia, o que de maneira mais ou menos introjetada culturalmente já emergia em minha memória, através dos discursos biomédicos que conformavam minha própria intertextualidade: fazer um exame de sangue, marcar uma primeira consulta com uma ginecologista obstetra, dar início às investigações necessárias para assegurar um caminho de cuidado que eu aprendera como sendo o ideal. No meu corpo crescia um feto, e mobilizava-se também uma imensa transformação subjetiva, mas que não se desenvolveu para além de nove semanas. Foi na ida às emergências de um hospital que atendia pelo meu plano de saúde, por conta dos sangramentos que sinalizavam e depois confirmaram a perda gestacional, que eu dei início à formulação da resposta feita durante a entrevista para o Doutorado: os meus usuários seriam gestantes, mas atendidas pelo SUS. O fato de serem estes o objeto e o território – gestantes e SUS – diz respeito ao reconhecimento do lugar de onde falo neste processo, do espaço que a Fundação Oswaldo Cruz ocupa e deve permanecer ocupando na formulação de políticas públicas em saúde, e por isso mesmo o desejo de que esta pesquisa possa contribuir com a reflexão e ação neste campo. O que acabou por funcionar de maneira muito propícia, uma vez que o meu próprio levantamento bibliográfico apontou posteriormente configurar-se como uma combinação relevante, uma vez que a maioria das etnografias às quais tive acesso sobre assistência às gestantes numa abordagem socio-antropológica não privilegiavam mulheres atendidas no SUS, mas gestantes atendidas por planos privados de saúde.

Aqueles dias intensos de investigação, espera e luto me apontaram a existência de um universo especialmente inquietante. Um universo de linguagem própria, de termos específicos, de tratos mais ou menos flexíveis na relação médico-paciente, elementos que me convocavam a pensar a respeito, que me afetavam, subjetiva e objetivamente. E me afetavam não pelo motivo porque tantas coisas nos afetam todos os dias, ou assim o dizemos quando nos referimos a eventos que de alguma forma despertam nossa comoção de maneira mais profunda, convocando nosso desejo de ser simpáticos ou empáticos a tais eventos e/ou sofrimentos. Me afetavam muito mais porque me jogavam dentro do objeto, do acontecimento, como um elemento que o constituía também a partir de minha própria experiência, o que creio ser o tipo de afetação ao qual o ensaio de Favret-Saada (2005) refere-

se quando discute a necessidade de reabilitar a sensibilidade aos estudos antropológicos, que por um longo tempo se acantonaram no exame da dimensão intelectualizada da experiência humana, relegando o ‘sentir’ a uma condição primitiva e inferior. E uma vez dentro, como um sujeito que torna-se co-criador de uma cultura, eu só sabia que precisava compreender o fenômeno, embora também como essa autora – que dedicou-se ao estudo de rituais de feitiçaria na França tendo suas próprias vivências como material de análise – eu não soubesse se essa compreensão serviria mais a mim ou ao campo de estudos ao qual estou filiada.

Mais ou menos na mesma época, em 2014, começavam a repercutir na esfera pública os resultados da Pesquisa Nascer no Brasil, que apontavam um cenário conflituoso para os processos gestacionais neste século. Foi um Inquérito de amplo alcance, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz, que contemplou 23940 puérperas, em 266 maternidades com 500 ou mais partos/ano, situadas em 191 municípios brasileiros (LEAL & GAMA, 2014). As mulheres foram entrevistadas ainda no pós-parto, e seus depoimentos foram registrados e organizados sob a forma de vídeos, que posteriormente foram editados e viraram filmes. Mulheres vivenciando seus partos com muitas intervenções médicas, desaguando num expressivo e questionável número de cesáreas, depondo sobre o que o estudo classificou como ‘violência obstétrica’, mostrando que a ‘biopolítica’, conformada pela biomedicina em ato, assumia uma face desafiadora para as políticas de saúde públicas e privadas. Dessa maneira, o Inquérito em questão foi a primeira bibliografia investigada, lida e relida, e que se situou como pano de fundo da investigação. O que mais tarde acabou por me trazer um grande desafio: qualifiquei o projeto de doutorado muito ancorada nas discussões propostas pelo campo da saúde coletiva, pelo movimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE), e mais uma vez fui provocada pelas ausências. Onde estavam os demais tensionamentos, propostos por outros campos de investigação? Onde estavam os outros movimentos políticos para além do movimento sanitário, que historicamente vêm discutindo sobre os processos simbólicos e físicos de dominação masculina sobre o feminino? Onde estava a discussão de gênero? Por que eu os estava silenciando? E assim por diante.

A boa provocação me fez voltar às bases de dados com outros marcadores, procurar novas fontes de pesquisa, transitar por outros paradigmas até compreender tratar-se de um imenso campo de tensões e simbolismos. Há a Medicina Baseada em Evidências e há a medicina baseada em tradições tecno-científicas. Há o movimento sanitário e há os movimentos feministas. Há o movimento pela humanização do parto e seus inúmeros sentidos. Por essas razões, as trajetórias históricas dos processos de gestação e nascimento, agora substancialmente atravessadas pelas questões de gênero, se tornaram o ponto de partida

da investigação teórica, que só mais à frente reencontra os percursos em busca de cuidado como seus territórios de ocorrência e de subjetivação. Territórios do fazer. Neste sentido, traço um recorte das transformações nos modos de parir e cuidar da gestação incluindo o olhar dos movimentos que capitanearam a luta pela mudança de paradigmas e de modelos de nascimento. Antes disso, eu continuava sendo uma jornalista preocupada em denunciar as faces severas dos processos gestacionais em curso, e precisava me desfazer dessa couraça para ousar não permitir que essa tese criasse raiz nessa caixinha. Não que não tenha, por acesso ou afinidade, caído em várias caixas ao longo do percurso, mas o processo de contextualização do meu problema a partir da literatura de gênero, da literatura etnográfica, da literatura feminista ficou, sem dúvida alguma, mais complexo e mais rico. Ou ainda, como aprendi com minha orientadora: mais ‘matizado’.

Considero, portanto, que esta pesquisa teve seu objetivo geral construído progressivamente: primeiro foi o desejo de investigar os modos como as instituições e sistemas de saúde regulam o trânsito dos sujeitos, seus corpos e subjetividades, a partir da produção de seus itinerários de cuidado materializados no âmbito das políticas públicas; segundo foi a definição de quais sujeitos seriam observados e por quais razões; terceiro foi a ampliação da questão para além da dimensão institucional, entendendo que as modulações em torno da saúde e do cuidado têm dimensões culturais que transcendem os domínios específicos do campo da saúde, sendo melhor situadas no campo da antropologia e da comunicação, donde os sistemas de saúde e seus discursos são elementos constituintes das práticas e processos; por fim, em se tratando de mulheres gestantes atendidas no SUS, o objetivo passou a ser o impulso de compreender como essas dimensões – política-institucional, clínica, cultural – se articulam e produzem trajetórias individuais de cuidado com a gestação e com o parto, mas são também conformadas coletivamente.

Neste sentido, o **Capítulo 1** tem a indispensável tarefa de situar o leitor diante das transformações históricas nos processos de cuidado gestacionais. Veremos que os processos de gestação e de parto se modificaram intensamente a partir do século XVIII, passando por um longo e extenuante século XX, e seguem em transformação neste século XXI. Tais mudanças ocorreram especialmente através da promoção de um deslocamento desses processos do âmbito domiciliar – do domínio das mulheres e de suas redes de pertencimento – para o amplo domínio da medicina especializada enquanto prática social hegemônica. Veremos que no exercício desse deslocamento muito se avançou no campo dos tratamentos, sobretudo com a descoberta e difusão dos antibióticos e das tecnologias associadas aos diagnósticos e terapias, o que resultou numa efetiva redução na mortalidade materna e

neonatal durante o século passado (SOUZA & CASTRO, 2014), embora estagnando-se em princípios deste século por fatores de baixa qualidade da atenção (RATTNER, 2009). E também muito se modificou no referente aos modos de vivenciar gravidez e nascimento do bebê a partir dos tipos de cuidados implicados nessa mudança de lócus e de simbologia. A gestação, além de um evento biológico e social, passou a ser caracterizado também como um evento patológico – algo a ser regulado pelas dimensões institucionais e clínicas de uma sociedade a fim de garantir um desfecho idealizado. Algo a ser medicalizado. O modelo de cuidado proporcionado durante o pré-natal está inserido em um modelo biomédico, seguindo um protocolo de encontros, exames e procedimentos que têm como principal objetivo assegurar o desenvolvimento de uma gravidez saudável; donde se materializa uma gravidez agenciada pelas tecnologias disponíveis, usadas para justificar mais ou menos intervenções e para assegurar que o parto permaneça como um acontecimento modulado e dependente das condutas de obstetras e pediatras. Atualmente, cerca de 90% dos partos realizados por ano no Brasil ocorrem em hospitais, seguindo a lógica de suas rotinas, sendo 52% deles provocados por via cirúrgica. Há, portanto, um predomínio dos modos biomédicos de praticar o cuidado nas gestações e nascimentos, que aparece também em diversas pesquisas qualitativas, como a de Rezende (2014), que a partir das narrativas de grávidas e puérperas sobre os processos de escolha do tipo de parto, no Rio de Janeiro, a autora registra que “apesar de repetirem a ideia de que ‘gravidez não é doença’, ninguém questionava a medicalização da gestação que prescrevia consultas médicas mensais e exames médicos de várias ordens”.

Mas é preciso ter cuidado para não nos deixarmos limitar por nenhuma ‘cortina de fumaça’, pois os problemas que circundam os processos gestacionais não se restringem às implicações sobre o nascer no hospital e o nascer por cesárea; e assumirmos, inclusive, que essa talvez nem seja a questão mais relevante quando se põe a trajetória no centro do debate. Nascer no hospital não significa necessariamente que esse nascimento ocorra por via cirúrgica, ou que seja um nascimento cercado de violência de gênero/obstétrica. Cada vez mais os hospitais, inclusive os que são acessados por pagamento privado, se munem de ‘soluções’ capazes de atender às novas ou ressignificadas expectativas circulantes, quando as propagandas anunciam estabelecimentos de saúde que privilegiam o nascimento humanizado, ‘no tempo da mãe e do bebê’, assumindo discursos que outrora não lhes pertenciam. Muitas outras tensões circundam esse universo: a persistente exclusão e negação de atores sociais significativos das cenas de cuidado, como as parteiras e mesmo as enfermeiras obstetras; a “catraca” que ainda determina quem pode ou não pode estar junto da mulher durante sua vivência de parto; a preponderância de um modelo intervencionista muitas vezes à revelia da

vontade e da informação da parturiente, onde uma intervenção quase sempre leva a outra, e a outra, daí o chamado “efeito cascata”; a criminalização das formas contra hegemônicas de dar à luz; as inúmeras questões relacionadas aos direitos reprodutivos das mulheres, e que não se restringem especificamente ao momento do parto; etc. Assim, um primeiro ponto que tem se colocado diante dos estudos sobre os processos e práticas gestacionais é o exercício de pensá-lo a partir das relações que se estabelecem entre suas diversas e distintas camadas: os atores, os sujeitos, os discursos, as instituições. Do ponto de vista da cultura, ou melhor dizendo, dos ‘sistemas de pensamento’ que nos modulam, quais aspectos têm contribuído para esses desfechos? E como as participantes dessa pesquisa têm se relacionado com esses aspectos? Como elas os significam?

A Pesquisa Nascer no Brasil apresentou um panorama: em nosso país os modos de gestar e parir têm recortes políticos e econômicos muito distintos. No setor privado de saúde o percentual de nascimentos por meio de cesáreas chega a 87,5%, enquanto no SUS esse total/ano é de 38% (NASCER NO BRASIL..., 2014). Nesse cenário, apresenta-se que quanto menor a escolaridade das mulheres, menor também a sua presença em consultas de pré-natal; e quanto mais clara é a cor da sua pele e menos periférica é a região de sua residência, maior a frequência de parto cesáreo em seu desfecho gestacional (DECLERQ, 2014). Ou seja, os autores da pesquisa apontam que quanto melhor é a condição socioeconômica da gestante, mais tecnológica ou patológica tende a ser a decorrência de sua gravidez. Como hipóteses, aventam o fato de que mulheres atendidas pelo sistema privado têm geralmente um único obstetra que as acompanha no pré-natal e no parto, dispõem de uma estrutura física que fecha com as demandas cirúrgicas, podem programar suas cesarianas em benefício de suas agendas e das agendas dos médicos, dentre outros fatores (DOMINGUES *et al*, 2014); enquanto no SUS “as mulheres são geralmente acompanhadas por diferentes profissionais durante o pré-natal e assistência ao parto, com equipes nas maternidades atuando em regime de plantão” (DOMINGUES *et al*, 2014) enquanto “a indicação de uma cesariana é feita mediante intercorrências durante a gestão ou trabalho de parto, havendo possibilidade limitada de agendamento de cesariana por parte da mulher” (DOMINGUES *et al*, 2014).

Não há dúvidas sobre a massificação de um modelo tecnocrático de cuidado com as gestações e com os nascimentos, e também já se produziu material científico suficiente para apontar que nem todas as mulheres estão de fato contentes com esses padrões. Veleda (2015), em análise sobre as trajetórias de nascimentos no sistema suplementar de saúde no Rio Grande do Sul, registra a predominância da cultura de intervenção tecnológica sobre a gravidez e parto, e os modos como algumas gestantes relatam sentirem-se desencorajadas e

culpabilizadas ao escolherem processos gestacionais menos modulados pelos conhecimentos e práticas biomédicas. Das nove gestantes acompanhadas durante seu estudo etnográfico, apenas uma resolve questionar a necessidade e eficiência do excesso de intervenções e por isso vivencia, até o fim da gestação e no seu desfecho, o que a autora classifica como ‘condutas punitivas de atenção médica’. Sena (2011) abre sua tese apresentando o caso de duas mulheres que, dentre tantas outras, desistiram de vivenciar outras gestações e acumularam sequelas físicas e psíquicas por conta do que a autora categoriza como ‘processos de violência obstétrica’, porque sofridos através do domínio médico e da inexpressiva autonomia feminina nas práticas de parto no Brasil.

Desta feita, emerge na Academia, especialmente nos trabalhos que alinham dados epidemiológicos aos dados antropológicos, uma intensa e fervilhante produção de pesquisas em torno do aspecto regulador, e muitas vezes opressor, desse excesso de intervenções, sob argumentos como ‘necessidade’, ‘eficiência’ e ‘segurança’. Especialmente quando nos referimos a populações já vulnerabilizadas pela pobreza, pela espera, pela desinformação. Os estudos apontam em muitos casos o apagamento da mulher, de sua participação ativa dos processos de modulação da sua experiência de gravidez e parto (DINIZ, 2005). E se por um lado o avanço da tecnologia aplicada aos cuidados com a vida reprodutiva possibilitou a redução da mortalidade, a clareza no diagnóstico, o alívio da dor física, uma maior precisão no planejamento familiar; por outro ampliou um intervencionismo arbitrário e indiferente ao componente subjetivo da existência. Cada gestação é uma em muitas, mas é radicalmente particular.

Por outro lado, outros autores apontam que são também as mulheres de classe média/alta que têm alcançado mais visibilidade pública na luta por uma gestação menos agenciada por intervenções médicas, por um tipo de parto a que se chamou de ‘parto humanizado’ e que está relacionado tanto a formas menos tecnológicas e alopáticas de vivenciar o nascimento, quanto por uma ressignificação do parto ancorado numa perspectiva “mais natural possível” (TORNQUIST, 2004; SALEM, 2007; CARNEIRO, 2015; VELEDA, 2015). Mulheres que, por sua condição socioeconômica mais confortável, conseguem se preparar para vivências donde acreditam e lutam para ser protagonistas do desfecho desejado – o ‘parir’ lhes pertence, e não ao médico ou ao estabelecimento de saúde. E para isso muitas vezes escolhem ter seus filhos em casa, pagando equipes que atendam afinadas a essa base filosófica.

Estamos, portanto, no “olho do furacão”, pois o século XXI, com a presença marcante da internet e sua potente disseminação de informações e capacidade de aglutinação em redes

sociais, lança nas arenas discursivas e políticas os prenúncios de mudanças, a mais recente ruptura de paradigmas. Se até meados desse último assistiu-se ao fortalecimento da presença do médico, e da clínica, como elementos paradigmáticos de uma cultura gestacional, agora é possível observar que modelos estão em jogo, disputando espaços simbólicos, presentes nas representações sociais femininas: movimentos de resignificação de partos domiciliares, partos ecológicos, de partos realizados por parteiras, de gestações pouco moduladas por inferências biomédicas, por intervenções tecnológicas. Dentre os direitos sexuais e reprodutivos, o direito de gestar e parir da forma como acreditem ser o mais apropriado, confortável e autônomo está na ordem dos temas com crescente presença na esfera pública brasileira. Novas relações com a noção de risco, que historicamente embasou o domínio da biomedicina, têm entrado em cena. Serruya (2014) chama a luta pela transformação desse modelo de busca por um de ‘antimodelo’, que rediscuta “do ponto de vista das mulheres o significado desse momento, dimensionando de maneira radical a questão do protagonismo no parto”. Para a autora, a responsabilidade dos sistemas de saúde e de seus profissionais é corresponder a essa expectativa, “ainda que muitas vezes no imaginário dessas mulheres a melhor atenção seja a mais medicalizada”.

Para nos orientar nessa jornada em busca de identificar e compreender como e quais dimensões se articulam nos processos gestacionais, produzindo trajetórias individuais e coletivas de cuidado com a gestação e o parto, alguns conceitos serão indispensáveis, e eles serão apresentados também no **Capítulo 1**. Dentre eles destacamos o de medicalização (Conrad, 1992; Illich, 1975; Foucault, 1979; Furedi, 2006); o do risco (Castiel, Guilam e Ferreira, 2010); o de itinerários terapêuticos (Kenneth, Gehardt, Bonet); o de humanização (Brüggemann, 2001; Tornquist, 2004; Diniz, 2005; Carneiro, 2015). Com as técnicas que os materializam e os sentidos que os sustentam, perceberemos que são conceitos que se relacionam teórica e materialmente, se tensionam e muitas vezes se complementam. São faces e são peças de um mesmo processo, perspectivas de um fenômeno que é objeto de interesse deste projeto: as vozes femininas que ecoam a cada novo processo gestacional, até que seus/nossos filhos nasçam, deixando no caminho representações culturais e práticas materiais sobre gravidez e parto. Gestar e nascer.

Na consciência de todas essas nuances e no reconhecimento da complexidade presente nas discussões sobre gestação, humanização, medicalização, que implicam na relação das mulheres com os sentidos provenientes desses temas, acreditamos que o fazer etnográfico poderia fazer jus à riqueza presente na correlação dessas forças e dimensões, sendo também elas um aspecto que justifica a realização dessa pesquisa. Neste sentido, o **Capítulo 2** traz a

apresentação da metodologia escolhida, uma etnografia motivada pelo desejo de compreender como os processos gestacionais acontecem enquanto políticas e práticas de cuidado, com seus protocolos e trajetórias mais ou menos estruturados, e também como eles acontecem enquanto práticas sociais, culturais, que põem em cena diversos atores e mediações. As mulheres, seus companheiros, suas famílias, seus desejos, suas crenças manifestas ou não, a disciplina de seus corpos. Do ponto de vista socio-antropológico, a gravidez, além de um evento biológico, é também um evento cultural. Cercados de imagens, conceitos e valores culturalmente produzidos, os processos de gestação e nascimento põem em cena linguagens diversas, expressões subjetivas e materiais heterogêneas, mas também recheadas de senso comum (VELEDA, 2015). Por alguns meses, a mulher que gesta o novo ser é cuidada, educada, regulada, interditada e problematizada por sujeitos, redes sociais e instituições. E também é agente produtor desse processo cultural, deixando-se modular ou criando resistências cujos desdobramentos não se restringem aos seus percursos em busca de assistência médica. Embora sejam por eles atravessados, podem ampliá-los, sobremaneira, para trajetórias de cuidado, num sentido mais amplo, onde cabem também relações afetivas e dimensões sociais, além de diagnósticos e princípios farmacológicos. Como, diante de tais experiências, poderia ser possível pensar na produção de uma gravidez saudável sem levar em consideração a cultura, os elementos simbólicos que dotam de significado as memórias e temporalidades? Sendo o homem um “tipo de animal que produz cultura” (TORNQUIST, 2004, p. 64), não pode a gravidez ser um fenômeno menos complexo que um híbrido entre biologia e psicologia, cultura e natureza.

Ainda nesse capítulo registramos o processo de ida a campo, as etapas que o configuraram, os fluxos e resistências que se interpuseram no caminho, as especificidades inerentes ao estudo de um objeto de tanta força e, ao mesmo tempo, tanta delicadeza. Durante oito meses acompanhamos nove gestantes em suas consultas de pré-natal a fim de aprender os modos mais ou menos fluidos através dos quais elas se relacionam com os protocolos propostos pelas políticas públicas de saúde, focando especialmente na materialização do Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento no município de Juiz de Fora, com seu porte e características. A partir da construção de um Diário de Campo, e da realização de entrevistas semiestruturadas, vamos organizando as materialidades das experiências observadas: os discursos circulantes, as condutas propostas, as negociações contínuas, as narrativas de experiências anteriores que atualizam as atuais. Estamos todos em cena: pesquisadora, profissionais de saúde, gestantes, familiares, participando da construção densa e fortemente interpretativa que caracteriza a prática etnográfica.

Chegamos, assim, no Capítulo 3, estruturado a partir do desenho progressivo do processo de gravidez: **primeiro**, a descoberta e as intempéries culturais que acompanham a consciência desse rito de passagem; **segundo**, a chancela do resultado positivo de gravidez e o que as políticas públicas propõem como percurso viável; as transformações físicas e psicológicas denunciadas pelo crescimento da barriga e os modos como nós, como sociedade, nos relacionamos com esse movimento; a medicalização presente nas práticas de pré-natal e os modos como as mulheres se relacionam e dão sentido prático a esse conceito; **terceiro**, as dificuldades fisiológicas do final da gravidez, os desejos e medos que povoam os imaginários das gestantes, carregados de tensões pela aproximação do parto e os significados que nossa cultura ocidental agregou a esse evento. Se os resultados assim dispostos carregam alguma aparente linearidade, composta pelo formato começo/meio/fim, nos antecipamos em desmistificar qualquer entendimento nesse sentido e em assegurar que essa opção foi produzida por sua capacidade de organizar as várias narrativas das gestantes que são, isso sim, marcadas pelas diferentes temporalidades da gravidez. Todas elas mudaram muito durante a gestação, e ainda assim saímos com a certeza de que essas mudanças têm bases culturais coletivas, uma vez que os sentidos de cuidado são engendrados também em processos que atravessam diferentes modos de viver, trabalhar, exercer a religiosidade, entender e assimilar as políticas; dar sentido ao que lhes chega como acessível na produção do desejo e realização de uma gestação saudável e de um parto com desfecho positivo.

Rememorando o processo de desconstrução e reconstrução do projeto proposto pela banca de qualificação do Doutorado, sinto que ao final do processo encontrei o que pretendia: uma etnografia das trajetórias de mulheres gestantes, que se faz a partir da observação e interpretação de suas narrativas e de suas posições de corpo, nas arenas de produção do cuidado em saúde e reprodução no Brasil. Um recorte donde foi possível extrair um imbricado de dimensões em permanente e profícua interação: a clínica, o corpo, o território, as crenças, os medos e os desejos. Por tudo isso deslizei e também construí pontos de atrito e aglutinação, sem pretender tornar nada permanente e absoluto. Que daqui em diante o leitor possa também constituir sua própria jornada. Axé.

1 UMA REVISÃO DAS MUDANÇAS DO CUIDADO CONTEMPORÂNEO: PROCESSOS E CONCEITOS

1.1 DESLOCAMENTOS NAS TRAJETÓRIAS DO CUIDADO À GESTAÇÃO

Os sentidos de gravidez e maternidade e as práticas sociais que os estruturam e condicionam se modificaram intensamente com o passar dos séculos. Diversos autores apontam que este modo hegemônico atual de gestar e parir, fundamentalmente agenciado pelo saber médico, onde os dispositivos de saúde ocupam papel central, começou a se efetivar somente a partir da segunda metade do século XIX (DINIZ, 2005; MARTINS, 2000; MOTT, 2002). Antes disso, em muitas culturas, o universo feminino era considerado um mistério reservado aos foros íntimos, congêneres e familiares. Os processos de engravidar e parir em quase nada diziam respeito aos homens, tampouco aos campos médico e científico. Mulheres mais experientes identificavam a gravidez em outras mulheres pela manifestação das suas características e pela modificação de seus corpos, e os agenciamentos sobre os partos e pós-partos eram promovidos pelas aparadeiras ou parteiras, legitimadas pela confiança das gestantes e pela experiência terapêutica reconhecida nas comunidades às quais pertenciam. Eram saberes tradicionais sobre a reprodução, empíricos de todo.

As parteiras ou comadres gozavam de enorme prestígio nas sociedades tradicionais, eram familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, conheciam a gravidez e o puerpério por experiência própria, constituíam-se em zeladoras dos costumes femininos que se agrupavam em torno da ideia de proteção da mãe e da criança. Aos cuidados físicos somavam-se os psicológicos, pois a parteira também era encarregada de admoestar e confortar a parturiente com alimentos, bebidas e com palavras agradáveis. (BRÜGGEMANN, 2001, p. 24).

A rara presença de um cirurgião barbeiro na realização do parto significava pelo menos duas coisas: que a família em questão, residente em espaço urbano, tinha poder aquisitivo para tal; e que todas as alternativas possíveis já haviam sido testadas sem sucesso pelas parteiras. “A tecnologia [médica] disponível consistia em alívio moderado nos partos normais e em intervenções destrutivas nos partos anormais, geralmente retalhando o feto para que este fosse expulso ou extraído do corpo materno” (CHAZAN, 2005, p. 91). Nesse sentido, foram inventados uma série de instrumentos cirúrgicos para retirar o feto despedaçado, além de aparatos religiosos para batizá-lo antes de ser enterrado (MOTT, 2002).

A norma, conforme aponta esta autora, era salvar a vida da mãe, que naquele momento era considerada mais importante do que a do filho.

Assim, construir um panorama histórico sobre como as trajetórias de cuidado com a gestação se modificaram, sobretudo a partir do século XVIII, é falar sobre dois movimentos que se entrecruzam e complementam: a organização da medicina enquanto campo científico e profissão socialmente estabelecida; e a inserção do homem no universo da gestação e do parto. Antes disso não se associava esses processos aos estatutos de saúde e doença, e seus significados estavam fundamentalmente atrelados à tríade família – parentesco – religiosidade.

Arney (1982 apud CHAZAN, 2005) divide a história oficial dessa assistência em três períodos, numa concepção didática que pode nos ser útil: o pré-profissional, o profissional e o período de monitoramento. O primeiro vai até o final do século XIX, marcado pela desmistificação dos processos de gestação e nascimento, pela convivência e divisão de tarefas entre médicos (cirurgiões-barbeiros) e parteiras e pelo uso de uma tecnologia que tinha no máximo a capacidade de atenuar a dor ou retirar do corpo da mãe um feto morto oriundo de um desfecho sem sucesso. O segundo, da transição entre os séculos XIX e XX, refere-se ao intervalo entre 1890 e 1945, período em que progridem as pressões a respeito desses modos de exercer a Obstetrícia, e um questionamento em torno do paradigma do corpo-máquina, que desenvolveremos adiante, controlado por especialistas e orientado pelo uso de tecnologias intervencionistas sem evidências científicas. E o terceiro estende-se logo em seguida e até os dias atuais, no qual o corpo passa a ser compreendido como um sistema com múltiplos canais de comunicação interligados e onde passa-se a considerar a gravidez como fenômeno bidimensional – admitindo-se que trata-se de um processo fisiológico, mas também psicológico.

Em termos de desenvolvimento e organização do conhecimento científico a respeito da reprodução e de como ela se situava no corpo feminino, Martins (2005) aponta os principais tratados de medicina da transição do século XVIII ao XIX como registros fundamentais desse processo. Os corpos nus reproduzidos pelos desenhistas desses manuais – dentre os quais se destaca o livro do cirurgião escocês William Hunter, ilustrado com uma similaridade impressionante pelo desenhista holandês Jan van Riemsdyck – serviam ao propósito de reproduzir as especificidades femininas e formular hipóteses sobre o seu funcionamento. Diferentemente dos manuais anteriores, baseados em descrições verbais e em esculturas artísticas, Riemsdyck usava como objeto de observação os corpos autopsiados de mulheres que morriam durante a gestação, o que tornava possível investigar e manipular esta

materialidade *por dentro*, provocando importantes mudanças de paradigma sobre o conhecimento construído até então. Tais práticas modificaram a relação existente entre o corpo imaginado, construto social, e o corpo material, agenciado pelos sujeitos enquanto observadores capacitados. As novas representações do corpo feminino pela ciência tinham o propósito específico de torná-lo parte de seu domínio, não mais apenas sob o viés do erotismo e da sensualidade, como eram, por exemplo, as representações femininas do Renascimento, sobretudo as pinturas e esculturas (MARTINS, 2005).

Mas as imagens, por mais realistas que fossem, ainda eram apenas imagens, recortes inanimados de etapas dos processos. Este distanciamento do universo feminino em sua materialidade encontrava ancoragem na normatividade da época, essencialmente modulada pelo domínio masculino, que se recusava a adentrar essa seara tanto por questões de moral – eles fundavam e compartilhavam o pudor e a vergonha das mulheres – quanto por questões de interesse intelectual (BRÜGGEMAN, 2001; MARTINS, 2005; OSAVA; TANAKA, 1997). Havia um pudor que trazia obstáculos à intervenção médica sobre todas as questões relativas às enfermidades femininas ou mesmo ao corriqueiro funcionamento de seus sistemas vitais, dentre eles o reprodutivo. Por muito tempo o corpo feminino foi considerado um objeto moral e biologicamente inferior ao masculino, indigno da intervenção científica. Um corpo com temperamento e comportamento instáveis, que sangrava mensalmente, inapto aos padrões de higiene vigentes, inadequado ao status de arte onde estava situada a medicina até o século XVIII. Um útero em torno do qual circulara por muito tempo a crença grega de ser um órgão móvel, que poderia caminhar pelo corpo e acabar por sufocar a mulher ou causar nela furor, cólera e insubordinação (CARNEIRO, 2015).

A própria história da ginecologia e da obstetrícia é reveladora da preocupação com os mistérios das mulheres e os segredos do corpo feminino. Esse corpo, inicialmente visto como um corpo masculino pouco evoluído, passou a ser, aos poucos, pensado como dono de uma especificidade própria. O corpo masculino, porém, continuou sendo modelo de referência para o feminino, e, assim, as especificidades do corpo da mulher foram vistas como falta, negatividade, incompletude, descontrole, fonte de desequilíbrios, a partir das quais se constituiu toda a ginecologia e obstetrícia modernas. (TORNQUIST, 2004, p. 71).

Autores apontam a descoberta da ovulação e de sua centralidade nos processos reprodutivos como razão para o interesse definitivo da medicina pelo corpo feminino e, conseqüentemente, pela assistência ao parto, uma vez que esse corpo tem sua função reconhecida com fundamental à continuidade da espécie humana (DIAS, 2015; BRÜGGEMANN, 2001). Se antes havia a crença de que era necessário um orgasmo feminino

para que a mulher conseguisse desempenhar suas funções reprodutivas, com a descoberta da evolução espontânea acaba a associação direta entre prazer e reprodução (DIAS, 2015), e é de se imaginar o impacto de uma informação desse tipo nos mecanismos de desenvolvimento e controle social.

A forma euro-americana de pensar a reprodução vê, como igualmente necessários, tanto o sêmen quanto o óvulo para que haja filiação, mas tal concepção não deixa de ver a mulher em uma posição assimétrica, nem descarta a visão pessimista de seu corpo, que se mantém como lugar de mistério e perigo, demandante perpétuo da intervenção da medicina sobre si. (TORNQUIST, 2004, p. 72).

A conformação deste novo campo científico, e as estratégias de obter o seu domínio, fez emergir uma disputa de poder entre cirurgiões-barbeiros e parteiras, que acabaram por ter reduzida sua legitimidade em virtude do conhecimento biomédico em ascensão. Muitos estudos destacam a violência – física e simbólica – implicada no processo de ruptura da hegemonia das parteiras e suas práticas ao longo de século XIX (BRÜGGEMAN, 2001; OSAVA, 1997; TORNQUIST, 2004), registrando que o saber tradicional do qual faziam uso foi historicamente desqualificado pelos novos paradigmas de conhecimento, substituído por um padrão técnico-intervencionista que não caracterizava seus modos de agir e gerenciar as práticas de nascimento. Tais autores registram que as parteiras foram acusadas de charlatãs, de transmitirem doenças para as parturientes através do contato corpo a corpo, de serem intelectualmente inferiores e incapazes de evitar a mortalidade materna; que foram incriminadas por serem curandeiras, trabalharem com ervas e técnicas ancestrais, realizarem abortos, dentre inúmeras outras motivações. A introdução do fórceps nos partos, por exemplo, representa muito fortemente a simbologia da instrumentalização artificial dos processos de nascimento, que se tornariam muito distintos dos trabalhos de parto e parto agenciados pelas parteiras.

O que antes era percebido como "cuidar da parturiente", uma série de procedimentos ao pé-do-leito, pouco tangíveis, ganhou uma expressão concreta com o fórceps, que permitia a "visualização" da luta do homem contra a natureza, e a substituição do paradigma não-intervencionista, pela ideia de parto como um ato controlado pelo homem. (OSAVA; TANAKA, 1997, p. 97).

Odent (1982) conta que o primeiro homem a acompanhar um parto, segundo registros da história ocidental eurocêntrica, foi o francês Julien Clément, que substituiu a parteira Louise Bourgeois na assistência à família de Maria Médicis, Duquesa de Montpensier, ainda no século XVII. A perda de sua nora, que morrera no parto assistido pela parteira, teria sido o fato determinante para o acontecimento. Clément tornou-se cirurgião parteiro e inaugurou o

ofício, primeiro considerado indecente por decanos tradicionais das escolas de medicina e pela Igreja Católica, e depois acolhido pela burguesia e pela tradição científica. Pela burguesia por quererem seguir o exemplo da princesa de Montespan e do príncipe Luís XIV, que assistira ao parto em questão escondido entre as cortinas; e pela tradição científica por conta da necessidade de prover experiência aos cirurgiões, fazendo da assistência ao parto uma espécie de passaporte para o ingresso de estudantes nas atividades clínicas. Segundo o autor, o fato inaugura a inserção do gênero e também as primeiras modificações nas técnicas. “A entrada do médico no quarto das parturientes foi acompanhada pelo abandono da cadeira de obstetrícia em benefício da cama” (ODENT, 1982, p. 77).

Arney (1982 apud CHAZAN 2005) menciona a *eliminação* das parteiras como marco de transição entre os períodos pré-profissional e profissional da obstetrícia, justamente na passagem do século XIX para o século XX. Para Chazan (2005), contudo, não há consenso na história da obstetrícia sobre um desaparecimento das parteiras. Do contrário, ela e muitos outros autores falam em *resistência* como estatuto histórico desse grupo (CARNEIRO, 2015; DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2004). Não só elas não sucumbiram facilmente em suas práticas, quanto era muito difícil impor um novo modelo que não substituía o anterior em sua completude: os representantes da obstetrícia jamais ficariam dias acompanhando uma única parturiente, antes e depois do nascimento, vivendo em sua casa, cuidando de atividades domésticas, provendo apoio psicológico sem praticamente qualquer recompensa monetária. Osava e Tanaka (1997) registram, inclusive, que parte dos médicos clínicos preferia qualificar a formação das parteiras do que retirá-las do cenário da assistência, por entendê-las como parceiras do processo, agindo nas instâncias que não eram de domínio da prática médica. E porque seu conhecimento era indispensável para a aprendizagem a respeito de um universo inexplorado pela prática médica. “Não os conhecimentos teóricos, [...] mas, sim, os saberes práticos, os segredos do corpo feminino, as famosas manobras salvadoras que até hoje são reconhecidas, por exemplo, pela OMS” (TORNQUIST, 2004, p. 93). Uma campanha para que as médicas mulheres assumissem a obstetrícia, e dessa maneira fossem reduzidas as resistências por parte das pacientes, também foi registrada historicamente. Mas tal estratégia não surtiu os efeitos esperados, pois além de poucas em número, visto que as mulheres entraram mais tarde na medicina e somente após muitos enfrentamentos, nem todas as profissionais do sexo feminino desejavam cuidar dos processos de nascimento (OSAVA; TANAKA, 1997).

Assim, por muitas décadas ainda, a presença das parteiras foi *negociada* nessa transição de modelos. Ainda que centenas delas tenham sido queimadas pela Inquisição

(ENRENREICH; ENGLISH, s/d), as que resistiram na prática da parturição viveram novas regulações de seus ofícios. Uma corrente do pensamento obstétrico hegemônico apoiou a institucionalização da prática, a partir da oferta de cursos de qualificação para obtenção de registros profissionais que as permitiam continuar partejando. Na França, que sempre teve uma prática obstétrica mais focada na observação do que na intervenção imediata, existia uma escola de formação de parteiras já no século XVI. Rohden (2006) registra que em 1832 fora criado nesse país um curso de partos especialmente voltado para as parteiras, com emissão de certificado médico, para que elas “aprendessem de acordo com os preceitos da ciência a “correta” maneira de atender as mulheres no momento do parto e os primeiros cuidados com a criança”.

Mais do que extração de saberes, no entanto, parece ter havido uma espécie de relação de trocas mútuas entre médicos e parteiras diplomadas: a elas, cabia aprender as lições teóricas da anatomia às noções de higiene, o que lhes conferia a legitimidade cada vez mais necessária em uma sociedade urbana moderna; aos médicos, reservava-se o direito de aprender as dinâmicas femininas e seus segredos. (TORNQUIST, 2004, p. 94).

Com a formulação da profissão de enfermagem e especialização em obstetrícia, as parteiras foram pouco a pouco sendo substituídas, na sociedade ocidental, sobretudo no continente americano liderado pelos Estados Unidos, pelas profissionais que já tinham sua raiz de formação fincada no conhecimento científico. Mas elas seguem presentes em nosso imaginário coletivo e em diversas iniciativas contrahegemônicas de resgate de seus saberes e atuações. Helman (1994) destaca que em países como México, África, Índia e Jamaica ainda é comum identificar a presença de assistentes tradicionais de parto, oferecendo a “possibilidade de um parto não tecnológico em muitas regiões do mundo não (totalmente) industrializado”. Salem (2007) destaca que o Japão transformou seu modelo de atenção, assim como a França, para legitimar e fortalecer a presença de parteiras no cenário de cuidado, ainda que formadas pelos cânones da medicina como forma de legitimação de seus saberes. E no Brasil também há diversos movimentos contemporâneos de resgate das práticas tradicionais de cuidados com a gestação e de modulação dos partos, além da presença de parteiras onde as políticas de Estado não conseguem adentrar completamente.

Em meio a todas essas transformações institucionais, as parteiras tradicionais continuaram e continuam atuando nas mais diversas regiões do país, apoiando mulheres que não possuem acesso a nenhum serviço de saúde institucional. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro da década de 1980, com uma perspectiva de saúde universal, abriu portas para o que se debatia (ou o que precisava se ter debatido) no final do século XIX nos EUA: a capacitação das parteiras tradicionais e a inclusão das mesmas no sistema de saúde. [...] No Brasil também existe a formação não

institucional de “parteira na tradição”, que é uma formação baseada nos conhecimentos das parteiras tradicionais em contextos urbanos. (ENRENREICH; ENGLISH, s/d, p. 60).

Assim, com a profissionalização da obstetrícia ocorre um deslocamento de tutela: antes administrado de maneira domiciliar, mas monitorado e valorado pela Igreja, que descrevia o sofrimento no parto como um desígnio divino, uma punição pela prática do *pecado original*, e relacionava a atitude das parturientes aos seus aspectos de caráter e moral, o processo de nascimento passou a ser reivindicado pela obstetrícia como um campo capaz de resgatar as mulheres às condutas racionais e salvá-las do sofrimento de pôr no mundo uma criança. “Oferecendo solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetrícia cirúrgica, masculina, reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto” (DINIZ, 2005). No bojo desse processo mudava também o lugar social ocupado pela mulher – um crânio menor seria incapaz de incursões intelectuais de fôlego, uma pélvis mais larga seria suficiente para a condição da maternidade, os nervos mais ‘sensíveis’ ótimos para o cuidado com a família. E aos médicos seria destinado avaliar e tratar cientificamente tais mecanismos (DIAS, 2015).

Para que se concretizasse a profissionalização do campo e a mudança no modelo de assistência era preciso modificar o paradigma do ensino e a própria concepção do cuidado e do risco, o que consistia basicamente em reorganizar o conhecimento científico disponível, investir no exercício prático da medicina, e fundar uma norma que moralizasse os processos não mais a favor das práticas religiosas ou tradicionais, mas a favor da luz e do progresso representados pela ciência a partir do século XIX. Este investimento na pragmática desdobrava-se na necessidade de criação de espaços específicos para a realização das cirurgias de parto, que mais tarde viriam a se oficializar como *maternidades*. Não que antes delas não houvesse a presença dos hospitais nas práticas relativas aos nascimentos. Mas para os estabelecimentos de saúde iam quase sempre as indigentes, as escravas, as mulheres desprotegidas do patriarcado tradicional, que eram atendidas sem qualquer conduta específica ou medida cautelar. Misturadas aos outros pacientes, sujeitas a todo tipo de infecção hospitalar, morriam muitas mulheres e crianças horas ou dias depois do parto.

É preciso lembrar, inclusive, que os hospitais como espaços terapêuticos são invenções relativamente novas, iniciadas apenas no final do século XVIII, sobretudo porque não foram fundados para abrigar o exercício clínico da medicina, mas para assistir aos pobres moribundos, dar-lhes os últimos cuidados e sacramentos.

Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. (FOUCAULT, 1981, p. 102).

Assim, apesar da intensa campanha dos principais obstetras do século XIX, até o final deste período nenhum projeto que tenha proposto a criação de estabelecimentos exclusivos para a prática do parto foi concretizado. Rohden (2006) aponta que a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro foi o primeiro hospital a criar uma enfermaria especial para partos, em 1847, que mais tarde passou a ser conhecida como Maternidade da Santa Casa. Essa relação com as Santas Casas de Misericórdia era uma prática vigente na época: algumas das mais antigas faculdades de saúde do Brasil conseguiram consorciar-se por curtos períodos com as mesmas, mas tais relações eram embutidas de intensos tensionamentos financeiros e morais – o entendimento das freiras e demais gestores desses espaços de que os mesmos seriam utilizados, sobretudo, para atender prostitutas ou quaisquer mulheres consideradas sem valor e moral desanimava as iniciativas nesta direção.

Mott (2002) registra que os primeiros espaços hospitalares dedicados aos processos de nascimento, criados no Brasil, continham alas separadas para as mulheres de distintas condições sociais. Enquanto numa parte do hospital as mulheres abastadas tinham seus quartos privados e eram atendidas com o que havia de mais moderno no conhecimento científico disponível, às mulheres pobres restavam as enfermarias coletivas, a reutilização das roupas de cama e banho vindas das alas consideradas superiores, além do escrutínio dos seus processos de parto pelos estudantes das faculdades de medicina, em usufruto do seu aprendizado. Contudo, ainda que houvesse essa segmentação, havia muita resistência das famílias e mulheres de posses de se deslocarem do conforto de seus domicílios para terem seus filhos em locais historicamente identificados como inseguros em práticas de saúde.

A expansão da biomedicina ocidental é bastante similar nas regiões onde se instalou; e uma dessas similaridades é o fato de ter sido difícil, complexo e lento, e de não ter contato com a pronta adesão das parturientes, que relutaram em deixar suas casas para dar à luz em quartos ou enfermarias de hospitais. (TORNQUIST, 2004, p. 75).

Uma das estratégias de convencimento para tal deslocamento foi, conforme aponta Mott (2002), a complexificação das exigências para assistência domiciliar, feitas por cirurgiões.

A casa deveria ter quarto com água encanada ou banheiro próximo para a lavagem das mãos em água corrente; o quarto deveria ser amplo, sem móveis

atravancando o espaço, de preferência cama de solteiro, com mesa para colocar os apetrechos. Se a cama fosse baixa, deveriam aumentar a altura dos pés; e se o colchão fosse de arame, introduzir transversalmente tábuas para impedir depressões; eram solicitadas iluminação natural artificial, bem como “lâmpada portátil” para emergências. (MOTT, 2002, p. 204).

E era preciso também modificar os padrões comportamentais e ideológicos vigentes antes do parto enquanto evento científico. Rohden (2006) destaca que a penetração da medicina na vida das mulheres foi continuamente tensionada pela delicadeza do objeto, sempre envolto em questões morais e religiosas. O domínio masculino também precisou ser construído a partir da instituição de novos códigos racionais, em disputa com os códigos morais, e numa imagem mais aceitável do médico enquanto provedor de cura, e não do terror da morte que acompanhava os primeiros cirurgões e seus instrumentos. Para que suas práticas se consolidassem era necessário delinear as normas e a ancorá-las numa assepsia e neutralidade profissional, e numa noção de eficácia, que justificava a intervenção por seu viés biológico/biomédico.

Estava em cena o argumento da natureza sexualizada da mulher, do seu desejo insaciável de prazer sexual que inclusive poderia ser despertado na situação do exame. Também temia-se que o médico pudesse abusar das suas pacientes. [...] Em defesa da utilidade do exame na detecção das doenças venéreas e outros males ginecológicos, os médicos propuseram uma série de precauções que serviriam para afastar a conotação sexual do exame. (ROHDEN, 2006, p. 219).

1.2 AS NOVAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E AO PARTO EFETIVADAS NO SÉCULO XIX

O “longo século XIX”, como define Tornquist (2004), pode, assim, ser considerado o período decisivo de modificação da assistência ao parto, no esteio do capitalismo industrial e consequente desenvolvimento profissional da obstetrícia. A metáfora corpo-máquina, oriunda do pensamento cartesiano, já era um paradigma hegemônico desde o século XVII, e seguiria pelos dois séculos seguintes, sem ter desaparecido por completo na atualidade (CHAZAN, 2005). O ‘homem-máquina’, como aponta Foucault (1981), foi descrito simultaneamente sob dois tipos de registro: o anátomo-metafísico e o técnico-político, no qual incidem os regulamentos – militares, escolares, hospitalares – que objetivavam controlar ou corrigir suas operações (FOUCAULT, 2003). A presença do agenciamento médico sobre as categorias sociais seria, portanto, consequência do exercício do poder da medicina sobre os corpos

individuais (biopoder), primeiros a serem socializados enquanto força de produção e de trabalho, mas estendido ao corpo social (biopolítica).

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (FOUCAULT, 1981, p. 80).

Ainda que assim não a nomeasse, é do processo de medicalização social que já tratava Foucault (Idem), dos dispositivos centrais da biopolítica, sendo exercida “por meio da pedagogização do sexo das crianças, da histerização das mulheres, da psiquiatrização das perversões” (ZORZANELLI *et al*, 2014, p. 1861), com o propósito de garantir a saúde da prole e a segurança e solidez da família e da sociedade. A novidade deste século em relação aos demais foi, sobretudo, de escala. “Não se trata de cuidar do corpo, em massa, grosso modo, como se fosse uma unidade indissociável, mas de trabalha-lo detalhadamente; de exercer sobre ele uma coerção sem folga” (FOUCAULT, 2003, p. 118). A medicina tornou-se, portanto, um saber administrativo, de forte cunho regulatório da dimensão social.

A “invenção” dessa nova anatomia política não deve ser entendida como uma anatomia súbita. Mas como uma multiplicidade de processos muitas vezes mínimos, de origens diferentes, de localizações esparsas, que se recordem, se repetem, ou se imitam, apoiam-se uns sobre os outros, distinguem-se segundo seu campo de aplicação, entram em convergência e esboçam aos poucos a fachada de um método geral. Encontramo-los em funcionamento nos colégios, muito cedo; mais tarde nas escolas primárias; investiram lentamente o espaço hospitalar; e em algumas dezenas de anos reestruturam a organização militar. (FOUCAULT, 2003, p. 118).

Na emergência do capitalismo, a prática médica é redefinida a partir da ampliação de sua jurisdição: os nascimentos, mortes, demografia, formação de núcleos familiares restritos, tudo passa a ser agenciado pelo saber médico. A medicalização do corpo feminino, individual e coletivo, processo social que possibilitou as mudanças no âmbito da assistência às práticas gestacionais, é resultante dessa anatomia política.

A medicalização do corpo feminino, com o desenvolvimento técnico da medicina, permite a formação e manutenção da sociedade em relação às questões de saúde que envolvem a reprodução humana, ao elaborar ideias que, através de uma racionalidade moderna e científica, visam ao entendimento e consequente intervenção nesse corpo como estratégia social. (VIEIRA, 2002, p. 24).

Se o corpo podia ser considerado uma máquina perfeita, para o seu desempenho desejado – a serviço da produção e do progresso das nações – era preciso garantir-lhe uma adequada manutenção. Designada fundamentalmente a partir de seus componentes físicos e

bioquímicos, esta máquina deveria ter uma assistência *técnica* cujos procedimentos específicos estivessem relacionados à sua função na engrenagem. O corpo feminino não estava deslocado deste paradigma e o útero era visto como uma das peças desta máquina, eventualmente ocupada por certo objeto denominado feto.

Dentro do paradigma corpo-máquina, a tarefa do médico no parto seria 'manter a máquina funcionando bem'. A metáfora da máquina delimita a ação dos médicos, posto que passa a existir uma expectativa acerca da ação médica visando à otimização do parto. Com a concepção racionalista e a consequente disciplinarização do parto, obscurece-se a fronteira entre normal e anormal e o parto é compreendido como um processo mecânico contínuo sobre o qual se pode interferir, 'melhorando' seu funcionamento. (CHAZAN, 2005, p. 93).

Modificar a compreensão de eventos antes tidos como fisiológicos para eventos patológicos, produzindo uma “doencificação” (EHRENREICH; ENGLISH, 1973) de tais, muitas vezes com resultantes comportamentais que precisavam ser controlados, foi uma das principais estratégias da biomedicina na corporificação da política de medicalização sobre o corpo feminino. Menstruação, gravidez, amamentação e menopausa saíram da classificação de *mistérios* para a classificação de eventos a serem tratados pelo staff médico (HELMAN, 1994). Como vimos apontando desde as seções anteriores (MOTT, 2002; VIEIRA, 2002; RODHEN, 2006), serão as escolas médicas que trarão da Europa para o Brasil, no final do século XIX, a discussão do corpo feminino como um objeto de estudo e domínio médico. Comparadas a animais selvagens, cuja principal função seria reprodutiva, e por isso mesmo maternal, as mulheres passam a ser responsabilizadas pela sobrevivência das crianças.

Com esse conhecimento científico, cuja base fora construída sobre argumentos biológicos paradigmáticos do momento, constitui-se uma ideia de ‘natureza feminina’, defendida nas teses inaugurais das escolas de medicina no Brasil. Dentre as ideias evolucionistas que se disseminam nesse contexto, estão, por exemplo, a de que o pouco uso do cérebro feminino seria o fator responsável pelo seu menor tamanho em relação ao cérebro masculino; ou de que esse menor tamanho seria porque a energia necessária para o desenvolvimento do cérebro teria se voltado, na evolução do corpo feminino, para o desenvolvimento de seu sistema reprodutivo; ou, ainda, de que o embrião em processo de desenvolvimento primeiro seria fêmea, transformando-se em macho na sequência, o que indicaria ser essa sua última e superior etapa da evolução (VIEIRA, 2002).

A mudança qualitativa no discurso, que passa então a disciplinar o corpo feminino de modo absoluto, traz a necessidade de demonstrar que existe uma degeneração de base comum a todas as mulheres, desqualificando-as como sujeitos e, portanto, desqualificando o saber que elas detêm sobre seu próprio

corpo. A ‘natureza feminina’ vai explicar a loucura, a degeneração moral, a criminalidade, de tal forma que a mulher é considerada como um ser incapaz de autonomia. (VIEIRA, 2002, p. 30).

Assim, a conformação de um *modelo tecnocrático* (DAVIS-FLOYD, 2008; RATTNER, 2009), de atenção à gestação e ao nascimento – caracterizado pela institucionalização dos processos de cuidado e pela incorporação e padronização de grande número de intervenções – foi liderada pelos Estados Unidos desde o século XIX. Para Davis-Floyd esse modelo tecnocrático é, também, marcado pela dimensão ritual, “mas um ritual médico, carregado de valores e signos próprios de uma sociedade medicalizada – e que é, também, em função de sua trajetória histórica, uma sociedade patriarcal, marcada pela dominação masculina” (TORNQUIST, 2006, p. 11). A visão do hospital como uma indústria de alta tecnologia, com vocação para a produção de bebês perfeitos, característica da obstetrícia americana (HELMAN, 1994), ainda é o paradigma que orienta as práticas de cuidado neste século, mesmo que sejam crescentes as disputas pela reversão desses códigos. “Um sistema médico orientado pela separação entre corpo e mente, que enxerga no corpo uma máquina” (CARNEIRO, 2015, p. 62).

A prática intervencionista na assistência ao nascimento tem como marco a introdução da posição dorsal durante o parto como característica, e como código cultural da sociedade industrializada (ODENT, 1982). Nas culturas pré-industriais a recorrência das posições ajoelhada, acocorada, de pé, configuravam maneiras de a mulher parir e também sustentar o próprio corpo, concomitantemente, preservando autonomia nos próprios movimentos. “O parto de uma deusa sentada no trono cujo encosto para a cabeça é em forma de leopardo, no momento em que o recém-nascido já está visível entre as coxas da mãe, pode ser considerado a mais velha de todas as cenas de nascimento conhecidas” (ODENT, 1982, p. 80). Lembra Odent que sejam dados históricos vindos da África, Ásia, América ou Oceania, antes da sociedade industrial sempre predominaram as posições verticais na realização do parto.

A posição de litotomia – quando deitada com as costas sobre a cama a mulher tem suas pernas suspensas em altura maior ou igual aos quadris – foi apenas uma das inúmeras técnicas introduzidas nas cenas de parto na sociedade industrializada. Diversas outras foram progressivamente incorporadas e naturalizadas como partes desse novo modelo de nascimento fixado no ambiente hospitalar: episiotomia (corte da pele e músculos ao redor da parede inferior da vagina); enema (lavagem intestinal); tricotomia (raspagem dos pelos pubianos); a suspensão da ingestão de alimentos durante o processo de parto; dentre os mais recorrentes até a atualidade. Algumas dessas técnicas se fundamentaram na necessidade de afastar os

processos de parto dos riscos de infecção e contaminação, que até o século XVIII causavam uma elevada taxa de mortalidade materna. A infecção puerperal, de caráter epidêmico, impôs um imenso desafio ao processo de hospitalização até o final do século XIX. Sua profilaxia, que aparecia nas recomendações médicas da época, deveria ser feita através da “desinfecção da vulva e da vagina, por meio de lavagens vaginais” (VIEIRA, 2002, p. 38).

Dessa forma, é o argumento do risco de infecção, aliado ao discurso de exaltação da maternidade, quem melhor subsidia as práticas de intervenção no corpo feminino, tanto quando o feto representa um risco para a vida da mulher, como quando a mulher representa um risco para a vida da criança em desenvolvimento. E este argumento, apoiado pelas teses de higiene social, ocasionou a expansão da assistência médica para além do acontecimento do parto: a ideia de puericultura intrauterina e o conceito de saúde materno-infantil se disseminam e se desdobram junto às demais práticas de saúde, de forma pública e também privada, na primeira metade do século XX. No Brasil da década de 20 o “binômio mãe-filho” passa a ser alvo de políticas de Estado direcionadas ao controle sanitário da população. E na década de 30 são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões, posteriormente unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (VIEIRA, 2002). Castiel, Guilam e Ferreira (2010) aponta que a promoção da saúde é uma ideia que começa a se difundir em textos científicos por volta de 1946, sendo considerada uma das tarefas da medicina moderna, “ao lado da prevenção de doenças, da recuperação de enfermos e da reabilitação”. Sua perspectiva era inicialmente muito relacionada à assistência médica pessoal, ao cuidado individual, que buscava associar a qualidade de vida à qualidade da medicina – liberal – disponível.

Se até a década de 60 a atenção médica à mulher se concentrava no ciclo gravídico-puerperal, na segunda metade do século XX as ideias de anticoncepção se popularizam no cenário de medicalização. Agora a preocupação, especialmente nos países subdesenvolvidos, não é mais tanto o cuidado com a baixa populacional do pós-guerra, e, portanto, a ideia de preservar e garantir uma vida saudável; mas sim o desordenado crescimento da natalidade nos países pobres (VIEIRA, 2002). Até que chegando à década de 1970, o conceito global de promoção da saúde passa a incorporar também conceitos como os de ‘meio ambiente’ e ‘estilo de vida’, elevando-os ao mesmo patamar dos sistemas de saúde propriamente ditos, com o intuito de incentivar os indivíduos a assumirem a responsabilidade sobre sua própria saúde e, por essa via, promover uma redução dos gastos com os serviços públicos disponíveis. Um discurso que ganhou força com a instabilidade econômica mundial decorrente da época, que reforçou o movimento de redução de custos com a área de proteção social, sobretudo com

os campos de educação e saúde. As entidades que se preocupam e mobilizam saberes em torno da contraceção e do planejamento familiar emergem como dispositivos de medicalização, e a questão ser mãe ou não ser mãe também emerge discursiva e politicamente nas esferas sociais.

São ideias e práticas que, tomando o corpo feminino apenas do ponto de vista de sua capacidade reprodutiva, [...] e responsabilizando as mulheres exclusivamente pela prática contraceptiva, transformam as expectativas femininas em relação à vida reprodutiva. Ou seja, a dor do parto dá lugar a um evento cirúrgico [a cesárea] e a possibilidade de procriar, ao desejo da esterilização. (VIEIRA, 2002, p. 66).

Assim, pelo viés comportamental, o conceito de risco calcado numa individualidade emergente foi introjetado às práticas sociais como parte da elaboração das ações de promoção da saúde, como uma espécie de suporte para o próprio exercício especializado da medicina. Segundo Castiel, Guilam e Ferreira (2010, p. 15), ‘risco’ é “uma palavra com diferentes sentidos que nem sempre convivem em harmonia”, portanto não existe consenso em torno de sua conceituação, tendo os autores destacado e problematizado o significado presente no *Dictionary of Epidemiology*: “risco como a probabilidade de um evento mórbido ou fatal” (Idem), que focado na dimensão da saúde pública referencia-se tanto ao domínio ‘ambiental’, abordando riscos provocados por exposição a produtos de atividades econômicas e sociais; quanto ao domínio ‘individual’, que diz respeito aos riscos resultantes das escolhas humanas, comportamentais, reconhecidas como ‘estilos de vida’. A noção de risco comunica que é preciso temer os perigos da vida – e das doenças, com suas possíveis transmissões e consequências – para que a clínica se mantenha como necessidade e como recurso disponível.

Outro ponto levantado por Vieira (2002) em seu estudo é sobre a natureza econômica da medicalização, quando as noções de higiene social estavam voltadas para a construção de uma sociedade sadia a partir do desenvolvimento de uma elite que precisava educar-se e proteger-se dos males, das doenças e da mortalidade características daquele estágio de urbanização. Por isso os discursos médicos variavam de acordo com as camadas sociais às quais pertenciam as mulheres. Escravas, prostitutas, por exemplo, tinham ‘natureza feminina’ distinta das mulheres brancas de elite. Isso porque também estava em jogo, no esteio do higienismo, o desenvolvimento da medicina como uma profissão liberal, que necessitava, assim, formar para si um público consumidor.

A concepção da ciência como espaço de objetividade, capaz de dar as respostas “reais” e protocolares aos problemas que afetavam os corpos; e o desenvolvimento da tecnologia como aliada desse paradigma; conformaram um cenário produtivo e ideológico necessário à

efetivação do modelo biomédico. Dos cinco sentidos corpóreos, a objetividade foi baseada especialmente no olhar, e o que antes era necessário dissecar para visualizar, atualmente pode ser verificado e partir das tecnologias visuais criadas em função das ciências médicas. Exames hoje considerados de rotina, como as ultrassonografias, as ressonâncias magnéticas, as tomografias etc fundaram novos regimes de conhecimento e conduta, tanto do ponto de vista material quanto numa dimensão simbólica. Em que pesem as vantagens de sua presença no cotidiano clínico, as tecnologias de imagem não estão fundamentando apenas os diagnósticos, mas a própria percepção em torno do nascituro, que passa a ser considerado também um sujeito. São tecnologias que atuam em duplo sentido, pois “tanto estabelecem normas e padrões de saúde baseados na visualização dos órgãos internos, quanto se reafirmam elas próprias como principais produtoras de ‘verdades’, médicas e leigas, sobre o interior do corpo” (CHAZAN, 2005, p. 88).

1.2.1 A história da cesárea e seu impacto na assistência ao parto

A ideia de que um bebê pudesse sair pela parede abdominal é muito antiga, a ponto de estar presente na mitologia greco-romana, conforme registra Dias (2015). Zeus teria “parido” seus filhos Atena e Dionísio por meio de intervenções cirúrgicas. Júlio César, imperador de Roma, também teria nascido por via abdominal, segundo manuscrito encontrado na Biblioteca de Paris, e há palpites de que a origem do nome da operação, cesariana, seja oriundo deste acontecimento (DIAS, 2015). Parente *et al* (2010) registram que na civilização ocidental o procedimento era realizado apenas em mulheres mortas, com o objetivo de salvar o feto ou, quando morto, de realizar o batismo do mesmo e separação de corpos para o sepultamento. Desde o ano de 1280 a Igreja Católica havia implantado a obrigatoriedade da cesárea *post-mortem*, no intuito de salvar as duas almas atingidas pelo óbito. O primeiro a propor a cesariana com o objetivo de salvar a vida da mãe e do feto teria sido o cirurgião francês Francis Rousset, em 1581. No entanto, por desaprovação de autoridades da época, a primeira cirurgia em paciente viva só teria se realizado em 1610, e seu uso se ampliado imensamente no século seguinte pelo surgimento de hospitais e pela já mencionada ampliação do conhecimento científico acerca dos mecanismos de reprodução e nascimento. A evolução no procedimento é quase sempre mencionada pela ótica do progresso – uma técnica que se aperfeiçoou com o tempo.

É também em Parente *et al* (2010) que encontramos uma fundamentação de base epidemiológica para a realização da cesariana: a epidemia de raquitismo que assolara a Europa na virada do século XIX para o século XX, devido a crise agrícola ocasionada pela urbanização acelerada, e que teria deformado a pélvis de inúmeras mulheres e impossibilitado a realização de parto vaginal. Antes disso, porém, em 1752, o Tratado escrito pelo instrutor em obstetrícia britânico William Smellie, e traduzido para diversos idiomas, elencava uma série de situações nas quais a cirurgia seria indicada: quando por nenhum outro método fosse possível realizar o parto pelas ‘vias baixas’, inclusive quando o mesmo se tornasse muito complicado; quando a pélvis fosse estreita demais; quando fosse impossível inserir a mão; em caso de inchaço glandular que deixasse a vagina ressecada; na existência de cicatrizes precedentes ou aderências nessa zona.

Segundo Parente *et al* (2010), no Brasil, a cirurgia foi realizada pela primeira vez em 1817, no Hospital Militar do Recife, pelo médico pernambucano José Corrêa Picanço, em uma negra escrava, que teria sobrevivido. Caminhando sempre no limiar do insucesso, entre relatos de mortes, infecções e hemorragias (por um longo período a técnica era realizada sem a sutura do útero ou com a retirada total do mesmo), foi com o desenvolvimento da anestesia e a aplicação da lavagem das mãos que a técnica foi adquirindo outros contornos, agora propícios ao sucesso, que significava a sobrevivência materna e neonatal. Estava em curso o desenvolvimento da concepção de higiene, de que os males que persistiam nos ambientes de cuidado estavam relacionados também ao asseio dos cuidadores, buscando-se combater os mesmos através da assepsia permanente. Um entendimento já disseminado na Europa e que fora introduzido no Brasil neste início de século, especialmente com a transferência da Corte para o país, fundamental não apenas para a garantia do bom desenvolvimento das práticas cirúrgicas, mas a qualificação do escopo da medicina de modo geral. A família real portuguesa criou em seu governo a Provedoria da Saúde e a Escola de Anatomia e Cirurgia da Bahia, entre os anos de 1813 e 1815. E em 1832 são constituídas as primeiras faculdades de medicina do país, na Bahia e no Rio de Janeiro, e a perpetuação do conhecimento erudito num espaço antes ocupado por outras práticas de cura, estabelecidas por nossos povos originários, os índios e suas técnicas, rituais e cultos a entidades, muito anteriores à colonização.

Portanto, as mudanças que aconteceram nas práticas da assistência médica, sendo o desenvolvimento da operação cesárea um de seus expoentes, estavam ancoradas numa concepção de que o corpo precisava ser administrado em nome desse processo civilizatório, que trouxe consigo a urbanização e a nacionalização. Como pano de fundo, surtos epidêmicos e altos índices de mortalidade assolavam o *corpo social* brasileiro, portanto o Estado

precisava normalizar e regular esse cenário, e a medicina era a conduta técnica e política ideal para isso. Carneiro (2015) resgata que se tratava de “uma nova moral de corpo e de vida”, que transformava o imaginário e os lugares sociais ocupados pelos sujeitos.

Os médicos se converteram gradualmente em confessores das famílias e principalmente das mulheres, que, a partir de então, se tornaram senhoras urbanas e dos sobrados, às quais cabia o cuidado e a boa educação dos filhos. Por essa razão, com o processo de transformação social, surge a noção de *mãe higiênica*, expressão cunhada em um texto de Rousseau em 1762, ou da *mãe por natureza*, equiparada aos animais e às mulheres primitivas que agiam mediante o instinto materno. (CARNEIRO, 2015, p. 50).

No Rio de Janeiro, o conhecimento produzido na Faculdade de Medicina, nas primeiras décadas do século XX, serviu de orientação para o desenvolvimento e disseminação da prática cirúrgica pelo país. O médico Fernando Magalhães, que atuou como docente da faculdade desde 1901, e chegou a diretor da cadeira de ginecologia e obstetrícia em 1922, foi um entusiasta de destaque do desenvolvimento “de novas técnicas de parturição que diminuíssem o sofrimento das mulheres, entre elas o uso do fórceps, o parto sob sedação total e a cesariana” (DINIZ, 2005; NAKANO *et al*, 2016). Estava em cena, no desenvolvimento das técnicas cirúrgicas e anestésicas, uma noção de humanização da assistência, ainda que assim não fosse denominada. O movimento era mesmo de se contrapor ao modelo anterior da assistência médica “[...] tutelada pela Igreja Católica, [que] descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto” (DINIZ, 2005, p. 628).

Outro nome de destaque, que muito influenciou a normatização da prática da cesárea no Brasil, foi o também obstetra Jorge de Rezende. Discípulo de Magalhães, construiu uma trajetória acadêmica que em muito colaborou para a afirmação de um estilo de pensamento, fundamentado na escolha da cesárea como modo ideal de nascimento. Atuando a partir da década de 1920, foi docente das principais escolas de medicina do Rio de Janeiro e autor do livro *Obstetrícia*, um manual que até hoje é símbolo e instrumento pedagógico na disseminação e valorização do conhecimento em torno da cesariana – em 2013 foi publicada sua 12ª edição. “Segundo o autor, a cesárea oferece melhores resultados para as mulheres e os bebês; portanto, deve ser difundida, deve tornar-se o modo preferível – ou o novo modo ‘normal’ – de parir e nascer” (NAKANO, 2016, p. 162).

Com o crescimento da confiança social na medicina e sua constante instrumentalização, gradativamente passou a ser considerada [a cesárea] o método mais rápido, indolor e mais seguro para se dar à luz, tanto na

acepção dos médicos quanto na das mulheres brasileiras. (CARNEIRO, 2015, p. 53).

É certo que Rezende traz como pano de fundo de sua argumentação a defesa de que a cirurgia representa o modo menos arriscado e melhor sucedido de reduzir a mortalidade – materna e neonatal. Mas o simbolismo de sua atuação como produtor de conhecimento científico vai além da epidemiologia – ele se declara “cesarianista convicto” (NAKANO, 2016, p. 162), e define toda oposição à “técnica perfeita” como fruto do capricho e teimosia de “adversários empedernidos”. A obra registra uma linguagem emblemática do paradigma que ensina: “a metáfora ‘motor-objeto-trajeto’ para explicar os mecanismos do parto: o útero seria o motor, o feto seria o objeto e o canal vaginal se constituiria em trajeto” (REZENDE, 1992 apud RATTNER, 2009, p. 597). “Produto” é outra designação para o bebê que muito se repete em *Obstetrícia*.

Ao longo das atualizações do livro, as fronteiras entre indicação absoluta e relativa para a realização do procedimento vão se dissolvendo, e até a ocorrência de “cesárea profilática” passa a ser recomendada no manual. “Tal ideia desloca a noção tradicional de distócia: das dificuldades não antevistas que se apresentam de fato no decorrer do trabalho de parto à previsão de problemas ou riscos potenciais que podem se manifestar na evolução do parto fisiológico” (NAKANO, 2016, p. 163). É também nessa obra que se disseminam as ideias de cesárea como financeiramente mais viável para o médico, menos propensa a processos judiciais futuros também para o médico e como fruto do desejo manifesto de mulheres na interlocução médico-paciente.

Hoje sabe-se que o nascimento via cirurgia abdominal é uma prática amplamente disseminada no mundo, ainda que Organização Mundial de Saúde recomende que o número de cesáreas de um país não ultrapasse o total de 15%. No Brasil, os partos via cesárea têm permanecido entre 52% e 55% do total/ano (PESQUISA NASCER NO BRASIL, 2014; AGÊNCIA BRASIL, 2017). Quando se considera apenas o setor privado o índice chega a 87,5% do total de partos, enquanto no Sistema Único de Saúde este percentual gira em torno de 38%. São cirurgias com ou sem indicação evidente; impulsionadas pelo desejo/escolha da mulher ou pela conduta política/epidemiológica determinada no setor público; cuja expressividade desperta embates políticos e sociais que se manifestam de muitas formas e com múltiplas camadas. Alguns autores têm se debruçado sobre os fenômenos culturais que sinalizam e causam esse cenário, indicando que a cesárea disputa com amplas vantagens constitutivas o status de nova forma *normal* de nascimento (NAKANO *et al*, 2015). Os

movimentos sociais e institucionais que se opõem a este estabelecimento serão discutidos adiante.

1.3 MEDICALIZAÇÃO E RISCO: CONCEITOS E CATEGORIAS DOS PROCESSOS DE CUIDADO CONTEMPORÂNEOS

O deslocamento dos processos de nascimento do campo dos saberes tradicionais para o campo das teorias e práticas médico-científicas, dos modos de fazer colados nos domínios da domesticidade e da intimidade para os modos centrados nas condutas técnicas em espaços especializados, foi produzido pela incorporação da medicalização enquanto prática social hegemônica, ainda que com bastante resistência e tensionamento até a presente temporalidade. Se hoje temos a predominância, no Brasil, de um tipo de cuidado às práticas de gestação e nascimento ordenado e comandado pela tecnologia médica, essa prática social está no centro do debate que estamos propondo com esse estudo. Nesse sentido, o termo medicalização trata-se de um tema que precisa ser capturado e avaliado a partir de um duplo entendimento: como conceito e como categoria analítica. Nesse momento vamos trata-lo como um conceito dotado de sentidos a partir de num processo histórico, e mais a frente, defronte a análise propriamente dita, cuidaremos de explorá-lo como categoria presente no imaginário e nas práticas gestacionais contemporâneas.

Historicamente, a medicalização enquanto conceito passa a significar a definição de acontecimentos, problemas, situações, a partir de termos médicos, descritos na linguagem médica, traduzidos pela racionalidade médica e tratados por meio deste tipo de intervenção (CONRAD, 1992). Constrói-se, assim, uma regulação, que determina a norma, e sua prática possibilita o exercício do controle – dos corpos, das condutas, das subjetividades. Trata-se da “tecnologia terapêutica com uma moralidade fundamentada na obediência” (CAPONI, 2009), que orienta as (e intervém nas) ações individuais e coletivas. E se ao longo do século XIX ainda existiam práticas existenciais não mediadas pelo saber médico, o decorrer do século XX “torna esse espaço cada vez mais estreito, apontando para a formação de “estados médicos abertos”, nos quais a dimensão da medicalização já não encontra limite” (ZORZANELLI *et al*, 2014), resultando na incorporação de outras noções para além da saúde e definindo os limites da normalidade e da anormalidade humanas.

Dias (2015), visitando o pensamento de Adam e Herzlich (2001), ressalta que a “importância da medicina decorre do valor atribuído à saúde, à vida e à morte”, sendo o

poderio médico resultante de múltiplas operações sociais, dentre as quais os autores destacam: a industrialização com sua conseqüente abertura para a especialização dos serviços; o aperfeiçoamento do saber médico a partir da ampliação de sua experiência prática e tecnológica; a luta coletiva de classe, incluindo um processo simbólico de convencimento dos médicos da própria importância junto às elites e também às camadas populares; e o papel do Estado como fomentador da medicalização a partir da alocação dessa força produtiva em políticas de gestão.

O saber médico conquistou valor normativo frente a setores cada vez mais variados da vida individual e coletiva. A diferença entre saberes e as competências especializadas pode assim se transformar em distanciamento e em dominação sobre as pessoas (ADAM; HERZLICH, 2001 apud FREITAS, 2015, p. 121).

O termo *medicalização* começou a se difundir na esfera pública no final da década de 1960 e início da década de 1970, especialmente nos Estados Unidos, e junto a essa popularização desenvolveu-se também uma arraigada crítica ao processo, baseada no argumento de que os mecanismos e dispositivos de medicalização acabam por se materializar em práticas de controle social, uma vez que fundamentam normas sobre como deve ser o corpo, a saúde e o comportamento humano, para que sejam considerados saudáveis. E que tal domínio profissional sobre o corpo, material e simbolicamente, conforma a criação de categorias e especialidades médicas antes inexistentes, transforma outras que lhes são anteriores, expande a atuação e alcance da prática diagnóstica e farmacológica, tudo isso transformando aspectos próprios da vida, naturais e/ou biológicos, em patologias que requerem tratamentos.

Segundo Illich (1975), o fenômeno da medicalização estaria produzindo efeitos simbólicos para além da sua ação técnica e clínica, gerando uma crescente dependência social de prescrições médicas e uma profunda apatia individual pela incorporação acrítica de tais ideologias. O autor se preocupava em discutir a autonomia dos sujeitos, que em sua concepção estava relacionada à independência dos dispositivos médicos. A partir do significado de ‘iatrogênese’ – iatros (médico) e genesis (origem) – Illich discorre sobre o surgimento de novas doenças resultantes da presença da medicina na vida das pessoas, desde as que surgem como efeitos colaterais de determinados tratamentos até aquelas que incapacitam psicologicamente os sujeitos pela presença ou ausência de diagnósticos em suas existências. Seguindo o raciocínio do autor, um dos efeitos da medicalização é justamente a conformação da etiquetagem de categorias sociais, com suas respectivas atribuições de tratamentos. Assim, quando as gestantes passam a achar natural se submeterem a rotinas de

exames e cuidados médicos apenas pelo fato de se encontrarem gestantes, significa que a medicalização já está introjetada firmemente nessa categoria social.

Contudo, a crítica à medicalização seguia no encalce do seu alcance. Gaudenzi e Ortega (2012) apontam que os primeiros estudos sociológicos sobre medicalização, e suas críticas subjacentes, estavam focados em questionar por quais razões era tão forte sua presença na regulação dos ditos ‘desvios sociais’, que passaram pouco a pouco a serem considerados patológicos, tais como o alcoolismo, distúrbios alimentares, orientação sexual homoafetiva, delinquência etc. Em sequência, os estudos passaram a se preocupar com o crescente domínio da medicina sobre questões orgânicas, como a puberdade e a velhice, ou sobre temas psicossociais, como a tristeza e a dificuldade de concentração. Furedi (2006) resgata que o movimento da anti-psiquiatria, que surgiu na década de 1960 na vanguarda do pensamento crítico sobre a medicalização, lutava na defesa por mais responsabilidade e evidência na atribuição de diagnósticos sobre saúde ou doença mental; que na década de 1970 a luta maior foi para que a homossexualidade não fosse mais considerada uma doença; e que na década de 1980, a atenção da crítica estava focada nas experiências de medicalização das mulheres, em seus aspectos físicos e psíquicos.

Com a chegada do século XX a forte presença da tecnologia em seus mais diversos formatos e apropriações, e as profundas modificações nas relações do homem com o meio e dos homens entre si, a própria crítica à medicalização adquiriu contornos diferenciados. Nesse sentido, já em Conrad (1992) encontramos o reconhecimento de que o processo acontece para além da atuação do profissional médico, portanto para além do corporativismo, ou do imperialismo, que organizam e desencadeiam essa demanda. Este profissional é uma das peças, essenciais que se diga, do exercício de um poder simbólico que se manifesta nas relações sociais, mas não é a única. Educadores físicos, nutricionistas, psicólogos, treinadores, mentores espirituais, organizações de pacientes etc, são todos agentes sociais dos processos de medicalização, que incluem também influências externas como indústrias, religiões ou mesmo contextos individuais dos sujeitos medicalizados ou medicalizáveis.

Furedi (2006) defende que estamos vivenciando hoje o fim da dominância profissional médica, e que a medicalização segue se popularizando em consonância com o declínio dessa autoridade específica, resultante dos movimentos críticos alastrados nas décadas anteriores. O autor aponta a manifestação cada vez mais ampla de indivíduos comuns como agentes desse processo, que reivindicam o direito de serem significados a partir de suas doenças. Neste sentido, é forte o papel das associações de pacientes, os movimentos em rede que se organizam em torno de causas comuns, em busca de reconhecimento para as novas síndromes

e categorias que surgem cotidianamente. Isso ocorre, nos lembra o autor, porque o próprio conceito de doença adquiriu outro status na sociedade contemporânea, sendo agora valorizado positivamente na esfera pública. Surdos, diabéticos, pacientes com câncer, com fadiga crônica etc, incorporam tais condições como parte de sua identidade, requerendo para si os cuidados que lhes forem adequados. Furedi enfatiza, ainda, o caráter social dessas dinâmicas quando aponta que o fim do século passado foi acompanhado da redução das noções de apego e pertencimento comunitários, e conseqüente cessação de experiências de solidariedade social. Desde então, “a individuação da experiência social tem aumentado o sentimento de vulnerabilidade pessoal, criando oportunidades para que as questões relacionadas com a saúde invadam o reino da experiência social” (FUREDI, 2006, p. 16).

Zorzanelli *et al* (2014), ao analisarem a obra de Conrad e Schneider, destacam que esse deslocamento simbólico da concepção de doença – de algo necessariamente negativo para algo com potencial positivo – foi historicamente construído no embate entre os dispositivos morais e científicos. Para diversas categorias sociais, como os gays por exemplo, por um tempo foi socialmente vantajoso deixar de ser tipificado como perverso e passar a ser caracterizado como doente; ou para crianças com déficit cognitivo a possibilidade de tratamento se mostrou mais inclusiva do que a simples rotulação de incapacidade mental.

Se a medicalização envolve ou não a perseguição de interesse profissional, a promoção intencional da força profissional não é a sua principal força motriz. Em vez disso, seu crescimento tem sido sustentado por processos socioculturais que continuamente vomitam uma demanda por definições médicas para dar sentido aos problemas existenciais. Acima de tudo, a demanda por medicalização é gerada por mudanças culturais que inflam o sentido de individuação e impotência. (FUREDI, 2006, p. 16, tradução nossa).

Os próprios médicos, antes tidos como protagonistas e vilões do processo de medicalização, cada dia mais reclamam as investidas e pressões de pacientes em busca da autodefinição a partir do diagnóstico. Conrad alertava já na década de 1970 que essas ressignificações parecem apontar a presença de irregularidades nos processos de medicalização, o que pode proporcionar também a ocorrência de processos sociais de desmedicalização, como o emblemático caso da exclusão – e mudança na terminologia – dos homossexuais dos cadastros oficiais de categorias de doenças. Homossexualismo, com este sufixo designatório, é agora uma definição a ser combatida.

Lowenberg e Davis (1994) também apontam os deslocamentos presentes nos processos de medicalização social. Antes da biomedicina instituir-se como via de saber, as doenças eram interpretadas por um viés moral e religioso, atribuídas ao ‘pecado original’ e à

maldade pessoal, tornando-se uma justa punição aos acometidos. Em seguida, entram em cena os agentes patológicos e a alopatia tradicional, que tira do indivíduo a responsabilidade pelos processos de adoecimento. É a era das doenças específicas com causas específicas. Desde esse momento, a medicina alopática reluta em estender sua jurisdição terapêutica para além do que pode ser essencialmente considerado como biológico e físico-químico. Até que emerge no cenário social a chamada 'saúde holística', quando são bem recebidos os estudos que caracterizam as patologias como resultantes da relação interligada entre corpo, mente e ambiente. A doença passa a ser vista como um desequilíbrio entre as dimensões racional, espiritual, física e social. E os pacientes passam a requerer uma retomada de responsabilidade sobre suas doenças, no sentido de serem parte intrínseca da terapia a eles direcionada. Ventila-se uma mudança na própria relação entre médico e paciente, que passa a ser considerado um agente ativo do processo de produção da doença e também da cura. O movimento de saúde holística caminhará, assim, para uma possível redução da medicalização, tanto no concernente às formas de tratamento que exploravam outros agentes e elementos para além dos farmacêuticos, quanto na relativização do poder médico nas condutas terapêuticas, buscando-se uma relação de co-participação de saberes no desenvolvimento do tratamento. No entanto, entre o modelo filosófico e a aplicação pragmática do mesmo, existe o que os autores denominam de paradoxo, uma vez que certas condutas signatárias da saúde holística acabam por reproduzir paradigmas da medicalização.

O paradoxo da saúde holística em relação à tese da "medicalização da sociedade", portanto, é que enquanto uma das principais injunções viola a tese, a outra mais do que o apoia. A negação aos pacientes do privilégio de ser absolvido da responsabilidade por suas doenças cheira fortemente de desmedicalização, enquanto a aplicação de um paradigma saúde-doença em quase todos os domínios da vida representa, se for caso disso, um impulso na direção da medicalização. (LOWENBERG; DAVIS, 1994, p. 584, tradução nossa).

Neste sentido, os estudos que, como esse, propõem examinar os processos de medicalização social devem levar em consideração as distintas nuances conceituais e pragmáticas que os caracterizam na contemporaneidade, em seus diversos e complexos movimentos de medicalização, desmedicalização ou ainda arranjos híbridos. E pensar nos modos como tais processos de medicalização se relacionam com as dimensões institucionais e individuais que entram em cena quando se pensa e se produz saúde e cuidado atualmente. Lowenberg e Davis (1994) chamam atenção, inclusive, para a "tendência social punitiva" que o deslocamento dos processos de cuidado – do institucional para o individual – pode originar. Responsabilizar o paciente pelos resultados positivos ou negativos de seu processo

terapêutico pode ser um argumento para promover a redução da assistência médica aos pobres, para retirar uma variedade de recursos de tratamento dos doentes e deficientes e para estigmatizar o paciente a partir de sua condição.

Impulsionemos, pois, essa articulação na sua correlação com a própria noção de risco, cujos discursos enfatizam expressões que acolhem e explicam a construção dessa noção simbólica de vulnerabilidade individual: comedimento, autocontrole, temperança, prudência; e principalmente uma responsabilização individual pelo cultivo desses status (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010). Foucault (1981) já apontava que em sua fase mais institucionalizada, no pós-guerra, a medicalização foi embutida de sua versão mais individualizada, no sentido de que os poderes já estabelecidos, usando, sobretudo, de referências econômicas, passaram a atribuir ao indivíduo a responsabilidade pelo autocuidado e autopreservação. Assim, viver em uma sociedade de risco significa, genericamente, viver em perigo, e viver combatendo o perigo. O risco aparece, assim, como um pêndulo sobre nossas cabeças, um operador dos mais eficazes para determinar estilos de vida que rejeitem a dúvida e cultivem a disciplina como via de realização da sobrevivência no mundo.

Robles (2015) discorre que no campo da saúde pública, o risco apresenta-se como um “recurso cultural através do qual a saúde pública procura impor padrões desejáveis de conduta”. Por um lado, os discursos do risco podem servir para reforçar conteúdos morais e conservadores, e por outro ressignificam a relação entre espaço e tempo na compreensão dos processos de adoecimento e medicalização. “A biomedicina incorpora, em sua tarefa, a localização e identificação, nos sadios, de seus possíveis riscos; surge uma infundável rede de riscos em que comportamentos, sinais, sintomas e doenças podem se tornar fatores de risco para outras afecções” (p. 25). Sobre a gravidez, que é um elemento central de nossa pesquisa, o risco incide como uma categoria, que caracteriza um corpo gestante como mais ou menos capaz de um desfecho ideal – a partir de dados empíricos e de avaliações subjetivas. A própria classificação utilizada como rotina na realização do pré-natal está atrelada à aceção de risco: as gestações ou são de risco habitual ou são de alto risco. Não se trata, é preciso que se diga, de desqualificar o processo de determinação de risco no campo epidemiológico, mas de problematizá-lo em seus aspectos psicossociais; e por isso a autora chama atenção para as duas dimensões presentes na determinação do risco: sua avaliação e sua gestão. Há aí decisões administrativas, políticas, que podem estar fundamentadas em evidências científicas, mas que se deslocam sobre crenças, valores e representações sociais. Trata-se de uma “assignação”, defende a autora, que se produz a partir de dispositivos como os contextos existenciais dessas gestantes, suas condições econômicas, suas possibilidades de acesso aos serviços de saúde etc.

A gestação de risco, portanto, é um quadro resultante dessa equação construída tanto (ou mais) de aspectos sociais e subjetivos quanto de aspectos biológicos.

Ocorre que há múltiplos efeitos resultantes dessas práticas, e eles são muitas vezes antagônicos. Vejamos o caso da gravidez na adolescência, quando a idade da mãe é considerada, por si só, um indicador de risco para o feto. Essa indicação autoriza os sistemas de saúde a modularem fortemente essa gestação, a determinarem as condutas necessárias, e muitas vezes a agirem com autoridade devastadora sobre a imaturidade característica desses processos, da psique da mãe, do seu corpo, e da sua própria experiência. Mas há também o oposto, quando as mulheres também desenvolvem, em contrapartida, mecanismos de relacionamento com essas insígnias de risco a elas atribuídas. “Muitas mulheres aderem à designação institucional. Porém, a adesão não significa submissão e elas modulam, pela própria experiência social, o rótulo institucional do risco que se torna útil em certas situações” (ROBLES, 2015, p. 140).

1.4 AS OUTRAS FACES EM DISPUTA: CONTRACULTURA, FEMINISMO, E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA OS PROCESSOS DE CUIDADO

Como vimos pincelando de antemão, os processos de medicalização social não se deram, nem se dão, sem resistências e enfrentamentos. Tampouco foi um processo decorrente de forma hegemônica em todas as nações e períodos. Diversos são os exemplos de situações em que o poder governamental, ou técnico institucional, ou tecnológico, se organizou para controlar os corpos sociais e individuais e esses mesmos corpos se organizaram, em contrapartida, para resistir a esse ordenamento. Foucault (1979) aponta que a França da segunda metade do século XIX vivenciou “uma série de reações violentas na população, de resistência popular, de pequenas insurreições anti-médicas”. No Brasil, o emblemático caso da Revolta da Vacina, no início do século XX, é considerado um episódio de resistência à medicalização atrelada às reformas urbanas e às campanhas de saneamento. Com as mudanças nos processos de assistência à gestação e ao parto não foi diferente.

A expansão da biomedicina ocidental é bastante similar nas regiões onde se instalou; e uma dessas similaridades é o fato de ter sido difícil, complexo e lento, e de não ter contato com a pronta adesão das parturientes, que relutaram em deixar suas casas para dar à luz em quartos ou enfermarias de hospitais (TORNQUIST, 2004, p. 75).

Já falamos *an passant* da resistência das parteiras, das curandeiras, e agora gostaríamos de falar sobre o significado de movimentos como a contracultura e o feminismo para a promoção de resistências – se não totalmente à medicalização, mas ao controle e agenciamento dos corpos femininos por condutas autoritárias governamentais e centradas no sistema social liderado por homens adultos e de elite.

De modo mais perceptivo a partir da literatura revisada, verificamos que os movimentos que propuseram descontinuidades no controle sobre os corpos femininos, e assim sobre suas gravidezes e partos, tomaram substância depois da Segunda Guerra (CHAZAN, 2005; SALEM, 2007; TORNQUIST, 2004), com todos os movimentos emancipatórios que agiram no esteio desse fato. Desde a década de 50, expandindo-se pelas décadas de 1960 e 1970, pessoas em todo o mundo questionavam as instituições e seus respectivos domínios de fato, propagando a necessidade de libertação dos sujeitos e a emergência da noção de indivíduo como categoria central do novo contexto ideológico. Para isso, era preciso que homens e mulheres fossem considerados iguais em direitos, o que só seria possível cogitar a partir do questionamento das normas sociais estabelecidas e hegemônicas. Salem (2007), em renomada obra sobre o ideário de parto nas sociedades modernas, faz uma cuidadosa revisão das teorias que fundamentaram as inflexões nesses processos.

O questionamento radical a autoridades constituídas é marca registrada do período. O poder, com suas intenções normalizadoras, é denunciado como um mal em si, e, inversamente, seu objeto – o indivíduo – é considerado bom e valioso. A denúncia é generalizada: contesta-se desde o poder do Estado sobre os cidadãos, dos homens sobre as mulheres, dos brancos sobre os negros, dos médicos sobre os pacientes etc. até atingir as instâncias socializadoras – escolas e família. (SALEM, 2007, p. 83-84).

Para a autora, a década de 50 foi um “divisor de águas na forma de conceber e de lidar com o parto na cultura ocidental”, através da difusão da técnica do “parto sem dor” (PSD) e sua teorização por correntes que até hoje inspiram e orientam as condutas de grupos que resistem ao modelo tecnocrático de cuidado. Os principais expoentes desse ideário do parto sem dor, destacados por Salem, foram os obstetras Grantly Dick-Read (Inglaterra), Fernand Lamaze (França), Frédérick Leboyer (França), Michel Odent (França) e a antropóloga Sheila Kitzinger (Inglaterra), cujas obras e técnicas teriam em comum a releitura das dores do parto e a intenção de debelá-las por métodos não-medicamentosos. Ainda que trabalhassem em correntes distintas, eles sustentavam que “a dor não constitui fenômeno inerente à parição, mas sim expressão de distorções socioculturais” (SALEM, 2007). Negar a cultura do parto ‘como sofrimento’, e, portanto, a vitimização e passividade da parturiente em prol de outras práticas, alternativas aos padrões propostos, seria a via de resistência ao controle e à

medicalização excessiva do nascer. Assim, o processo de nascimento proposto pelo ideário do parto sem dor defende o respeito às *leis da natureza* e insurge-se contra o uso abusivo e indiscriminado da tecnologia médica. Tudo isso colocando a mulher, e o autodomínio do seu corpo antes e durante o parto, como centro do acontecimento.

Um parto bem sucedido envolve a participação consciente da mulher. Ela não é mais um instrumento passivo. Ela não está mais nas mãos de médicos, agindo de acordo com o que eles acham melhor. Ela retém o poder de autodireção, de escolha e de decisão voluntária. (KITZINGER, 1978 apud SALEM, 2007, p. 67).

Dick-Read e Lamaze protagonizam na esfera pública uma ruptura com os padrões de nascimento apregoados pela igreja católica e também pela obstetrícia do início do século XX no referente à ocorrência do parto natural. Para o primeiro era possível um parto *sem temor*, e para o segundo, a partir de uma série de treinamentos racionais, a mulher poderia alcançar um parto *sem dor*. Os dois, embora tenham iniciado suas teorias em momentos distintos, são associados em seus paradigmas através de um esforço político de comparação desqualificada, quando Lamaze é acusado de construir e difundir técnicas na França que seriam uma espécie de versão comunista das ideias de Dick-Read (SALEM, 2007; TORNQUIST; SPINELLI, 2010). Afinal, Lamaze estivera na União Soviética, e lá aprendera, aplicando em seguida na França, as vivências ligadas ao PSD.

No centro da batalha estava a concepção de que o sofrimento seria intrínseco à condição feminina, ponto-chave da moral católica e que, do ponto de vista da moral comunista/humanista, destituía as mulheres de sua condição de sujeito, isto num contexto em que grande parte das mulheres no Ocidente, após séculos de medicalização de seus corpos, dependia de saberes especializados para gestar e parir (Knibhieler, 1999). Para construir uma autonomia sobre seus corpos, seria preciso um trabalho intenso de preparação para uma nova forma de condicionamento, que necessariamente passaria pelo descondicionamento. (TORNQUIST; SPINELLI, 2010, p. 136).

O ideário do PSD está ligado a uma proposição fisiológica da experiência do parto, e este é o sentido do retorno à natureza – a biologia está inscrita no comando da questão. E as técnicas propostas por Dick-Read e Lamaze, especialmente o direcionamento de descontrair os músculos e criar reflexos condicionados inversos aos existentes, serviriam para substanciar essa proposição. Segundo esses obstetras, seria possível vivenciar um parto sem dor se a mulher se desconectasse dos componentes culturais que a afligem, incluindo suas memórias e sua rede de relações, a partir de um treinamento específico para este fim, e que também as orientasse sobre o funcionamento da anatomia feminina e da fisiologia da gravidez e do parto.

Reeducada, a mulher não mais interpretaria as contrações como dores, mas apenas como trabalho muscular necessário à parturição (SALEM, 2007).

Já Leboyer inova o ideário ao desviar a atenção da mãe para o bebê no processo de nascimento. O obstetra, recorrendo a uma linguagem poética em toda a sua obra, defende o nascimento sem violência. E são de sua autoria algumas das práticas hoje adotadas nas proposições de parto humanizado, tais como colocar o bebê sobre o ventre da mãe logo após o nascimento, para que possa ser acarinhado e amamentado, e o corte do cordão umbilical apenas quando finda sua pulsação. Leboyer entende a civilização e o progresso tecnológico como elementos de corrupção e desrespeito à organicidade do nascimento. Odent se inspira em Leboyer e cultua o instinto e as emoções selvagens como forma de restituir essa naturalidade. E sua proposta de desmedicalização vai mais longe que seus antecessores, quando a presença do médico no cenário de parto passa a ser cada vez mais desencorajada em seus métodos e para seus seguidores, acreditando à mulher a total capacidade de promover seu próprio parto a partir do momento em que tem espaço e respeito para tal.

Os dois estudiosos dedicam grande parte de sua produção científica à análise do ambiente físico como dimensão significativa do nascimento, defendendo, por isso, que o parto seja realizado em espaços ditos ‘acolhedores’, sem violência, sem pressa e respeitando a fisiologia da mãe e do feto. Ambos defendem a hora do parto como um momento-chave para o desenvolvimento da vida do bebê e para a positiva experiência de parturição, daí a presença, em suas obras, de recomendações como ambientes propícios à liberação dos ‘hormônios do amor’ (ocitocina), com pouca luz artificial e máxima privacidade, realização de massagens na parturiente, parto na água etc.

E em comum com Odent, a antropóloga Kitzinger apresenta, através de seu método psicosssexual, a defesa de que cada processo de parto é único e, portanto, não é possível configurá-lo de antemão, ainda quando deixa muito claro que produz manuais sobre parto e que prepara mães e pais para responder a questões previsíveis nos modelos hegemônicos de nascimento. Para Kitzinger, o direito de escolher os modos através dos quais viverão a experiência, e o preparo informacional e psicológico para tal, são os pontos fortes de sua atuação.

Mas então vem o “pós-PSD”, quando a psicologia e a psicanálise emergem como estatutos fundamentais, e ampliam, a partir do foco na experiência psicológica, o que estaria ainda submetido à lógica da fisiologia. Assim, se no PSD o corpo se liberta da cultura e cultua a natureza para conferir outro entendimento ao parto, no pós-PSD o corpo se liberta da cultura e também da fisiologia. O indivíduo psicológico é o sujeito central da trama e sua liberdade é

o objetivo a ser alcançado. A “desrepressão”, paradoxalmente, passa a ser a *norma* em ascensão (SALEM, 2007).

As ideias em questão encontram nos anos 60 e na efervescência da esfera pública “terreno para frutificar” (SALEM, 2007). O movimento de contracultura – que ocupou e fomentou essa busca por uma transformação nos modos de viver e gerir a própria vida – trouxe à cena as discussões *ecologistas*, sobre um retorno à natureza, à vida no campo, à purificação a partir da introdução de uma metáfora ecológica da existência, em resposta às normas civilizatórias autoritárias que terminaram por conduzir o mundo à violência e desigualdade. Nesse sentido, o social deveria agora trabalhar a favor do individual, e não o contrário, como estabeleciam as regras dos jogos governamentais e econômicos à época. Chazan (2005, p. 103) lembra o surgimento, nessas décadas, de variadas propostas de vida em comunidades, “em um estilo 'primitivo', 'autêntico', e as ideias e práticas políticas em circulação visavam efetuar uma transformação da sociedade por meio de uma revolução nos costumes e mentalidades”. Neste ideário reside a ressignificação da noção de corpo como parte de um sistema mais amplo, de um ecossistema, de forma que a experiência do parto seja positiva para a mulher, o bebê e à natureza. Nesse sentido, era preciso liberar-se das amarras do corpo dócil, medicalizado, alienado de suas potências, dominado por uma normatividade essencialmente masculina, e devolvê-lo à sua essência e organicidade.

Por outra via, mas também signatário dos movimentos de liberação civil e de construção de uma nova ordem social mundial, teve início nos anos 50 o movimento feminista. Simone de Beauvoir lançara em 1949 o emblemático livro *Segundo Sexo*, que serviria de leme para a contestação de tudo aquilo que pela biologia ou pela religiosidade se impunham como determinações da condição feminina (SCAVONE, 2001). Nesse momento, as principais bandeiras eram o rechaço da maternidade como mandato, da violência contra as mulheres, do controle de seus corpos. Suas ideias, que depois tornaram-se ‘gritos de ordem’, eram “meu corpo me pertence”, e “o pessoal é político” (GIATTI, 2011; CARNEIRO, 2015). E a luta era pelo reconhecimento da mulher como um indivíduo, portanto merecedora de direitos iguais aos concedidos aos homens, além da rejeição de um modelo paternalista e opressor de desenvolvimento humano.

Entre os direitos das mulheres discutidos e defendidos pelo feminismo estavam os direitos reprodutivos, que precisariam ser reconhecidos como direitos humanos, e que reivindicavam a criação de centros de saúde para mulheres, de programas que discutissem uma concepção de saúde mais integral, para além do cuidado gestacional, que assegurassem creches públicas e outras formas de amparo estatal, reconhecendo a importância da mulher

para além da família e a relevância da educação sexual como dimensão da cidadania. Diniz (2005) resgata o desenvolvimento deste processo nos Estados Unidos, primeiro através do movimento de mulheres pela Reforma do Parto, na década de 1950, e depois através das pautas dos Coletivos de Saúde das Mulheres, nas décadas de 1960 e 1970. Silva (2017) registra que as grandes transformações nos padrões de organização da vida social ocorridas nas sociedades ocidentais a partir dos anos de 1960, dentre as quais cita o advento da contracepção medicalizada, a aceleração da industrialização e da urbanização, a expansão do sistema educacional e a crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho, “influenciaram decisivamente o mundo privado [...] fazendo com que essas novas experiências cotidianas entrassem em conflito com o padrão tradicional de valores nas relações familiares” (p. 20).

Sobre parto, pouco se falava nessas décadas. No Brasil, Carneiro (2015) aponta que somente na década de 1980, primeiro no movimento sanitário e só em seguida no movimento feminista, é que a questão da saúde da mulher em toda a sua complexidade e especificidade ganha força na esfera pública. Alguns atores sociais têm papel estratégico nessa emergência discursiva, dentre os quais a autora destaca as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) ligadas especialmente à Igreja Católica, organizações não governamentais como a SOS Corpo e Curumin (Recife), e o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (São Paulo). Desmascarar antigos mitos como o do orgasmo vaginal, da homossexualidade como doença; denunciar o uso de cobaias no terceiro mundo pela indústria farmacêutica, a esterilização de rotina de muitas mulheres, e os efeitos colaterais danosos de contraceptivos foram determinações do movimento feminista no começo dessa década (CARNEIRO, 2015). Até que, entre 1983 e 1987, o movimento sanitário, o movimento feminista, antropólogos, sociólogos, além de universidades e centros de pesquisa, se unem para construir o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, PAISM, que solicitava do governo nacional uma política que resolvesse a situação precária na qual se encontrava a atenção à saúde das mulheres. Elaborado em 1983, mas apresentado oficialmente no ano seguinte pelo Ministério da Saúde, o PAISM continha diretrizes e ações dirigidas ao controle das patologias prevalentes na população feminina e estabelecia novas condutas para as equipes de saúde, orientadas pela lógica da integralidade do atendimento. Havia uma preocupação com o planejamento familiar, com o alto índice de mortalidade materno-infantil e com os determinantes sociais de saúde, que geravam desigualdades sociais transversais aos quadros clínicos vigentes.

Neste contexto, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e

puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção. (OSIS, 1998, p. 27).

Parte do movimento feminista brasileiro rejeitou o PAISM lançado pelo Ministério da Saúde, desconfiado de que serviria apenas como mais um mecanismo para controlar a natalidade e os corpos das mulheres, enquanto se dizia integral e universal. Permanecia uma crítica sobre a permanência da centralidade da maternidade no programa, e com sua aplicação voltada para atenção médica em detrimento da medicina preventiva, conforma-se uma crescente medicalização do corpo feminino, indo ao encontro justamente do que se pretendia evitar. Por outro lado, não é incorreto afirmar que o PAISM foi um passo em direção à Reforma Sanitária, que produziria a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e que daria origem ao SUS, em 1988.

O PAISM foi o primeiro documento legal e estatal a reconhecer e salientar as particularidades da saúde e da assistência médica ao corpo da mulher. Sua proposta era pensar a integralidade biopsicossocial da mulher, reforçando a questão da saúde mental e da vida sexual e reprodutiva. (CARNEIRO, 2015, p. 274).

Na década de 1990 as mobilizações feministas no Brasil seguem pautando temas como direito ao aborto, qualidade da assistência à saúde, direito à educação em saúde e à saúde integral. A Rede Feminista de Saúde foi criada em 1991, e também nessa década se fortalecem as ‘pressões’ feministas a respeito do controle do parto pelos dispositivos médicos e contra a violência institucionalizada. Também é importante lembrar a relevância política de eventos como a Conferência das Nações Unidas de População e Desenvolvimento realizada no Cairo, em 1994, e a Conferência Mundial da Mulher, em Pequim, no ano de 1995, que problematizaram as restrições impostas à autonomia reprodutiva feminina pelas leis e políticas públicas de diversos países.

Dessa forma é interessante aventar a hipótese de que a mobilização feminista teria gradativamente aberto brechas e ofertado fundamentos para que na década de 1990 a questão da saúde, da mortalidade materna e da assistência prestada ao parto nos hospitais fosse percebida como tema jurídico e foco de proteção legal, de direitos humanos e de tratados e convenções internacionais. (CARNEIRO, 2015, p. 280).

Entretanto, os movimentos sociais que vêm historicamente desconstruindo a tecnocracia nos processos de gestação e nascimento não o fazem, necessariamente, a partir de uma unidade paradigmática. Se nos movimentos ecológicos a presença dos dispositivos tecnológicos e das intervenções protocolares se dilui em nome de uma prática fisiológica ou

mesmo primitiva, em nome da ideia de que o corpo é naturalmente capacitado para determinar o bom desenvolvimento da gravidez e a realização do parto, nos movimentos feministas não há a priori essa diluição como um aspecto basilar. O primeiro movimento questiona a autoridade do pensamento biomédico e suas práticas na dominação do processo e, devolve às teorias sobre a natureza, à própria biologia, a legitimidade sobre a estruturação dessas novas práticas e condutas. À proposta naturalista da gestação defendida pelo movimento ecológico soma-se às vezes uma compreensão totalizante sobre uma unidade corpo-mente, dando a entender que cultura e biologia podem e devem caminhar juntas e são partes longitudinais e complementares das práticas ecológicas de nascimento. Ou, noutras vezes, uma compreensão da dimensão cultural como um aspecto inferior aos processos fisiológicos de parto e nascimento, como algo que é preciso livrar-se, para purificar e resgatar os sentidos de tais experiências (CHAZAN, 2005; TORNQUIST, 2002a).

A argumentação alternativa e naturalista aproxima-se das concepções de fisiologia humana e do parto, tão caras à concepção biomédica. A recusa que se faz ao modelo tecnocrático de atenção ao parto e ao nascimento, visto como emblemático do modo ocidental de pensar e de viver, implica questionar o predomínio da técnica e da cultura sobre procedimentos tidos como naturais, postulando-se, no limite, um retorno a uma vida mais natural. (TORNQUIST, 2002a, p. 487).

O feminismo, por sua vez, pelo menos num primeiro momento, tenciona alguns aspectos do PSD no que se refere à sua defesa plena da natureza e do instinto como modos de subjetivação do feminino, já que para o movimento é impossível empreender crenças em ideários deslocados de sua dimensão cultural. Muito empenhado na reflexão sobre o jogo de forças que faz do universo masculino o grande regulamentador dos contextos sociais, o feminismo questiona as reais necessidades de o corpo feminino continuar sendo submetido às regras da natureza e da biologia, atentando para a possibilidade disso significar romper com um domínio para cair inevitavelmente em outro – do cultural retorna-se ao instintivo e a liberdade de escolha segue como coadjuvante do processo. Assim, alguns elementos centrais do duplo acontecimento gravidez/parto, como o reconhecimento do desejo, da dor e da autonomia, são avaliados pelo movimento feminista pela ótica da relação de poderes, entre homens e mulheres, profissionais e leigos, cujas assimetrias são as principais razões do feminismo existir e travar suas lutas.

Tendo o movimento feminista se consolidado sobre a crítica ao autoritarismo que submeteu historicamente as mulheres a muitas formas de controle, inclusive através da maternidade-mandato, biologicamente determinada e culturalmente reservada às mulheres, a resistência a novas formas de regulação e domínio sobre os corpos e mentalidades femininos é

seu princípio basilar. Se por um lado, como lembra Tornquist (2002, p. 490), os movimentos mais ligados ao ecológico “dão positividade ao corpo e à experiência feminina de dar à luz”, de outro, eleger instinto e natureza como categorias basilares acabam por sugerir “uma essência feminina universal, liberada da dimensão simbólica, e, ainda, uma equivalência entre feminilidade e maternidade”, naturalização que vai na contramão da ideologia feminista. Libertar-se da maternidade compulsória, ter direito à pílula contraceptiva, ao aborto, ter direito também de gerar filhos a partir de métodos diferentes dos normatizados nas relações hétero-afetivas, eram algumas das bandeiras do movimento em sua constituição.

Contudo, Scavone (2001) faz uma importante revisão das fases do movimento feminista, e aponta que não mais existe um antagonismo necessário entre este e a realização da maternidade. Ainda que em um primeiro momento as feministas majoritariamente tenham empreendido grandes esforços na negação da maternidade como condição da existência feminina, compreendendo-a como instrumento de submissão ao patriarcado e de negação de sua individualidade, em um segundo momento a maternidade passa a ser considerada um poder insubstituível, exclusivo das mulheres, e a identidade materna é novamente valorizada como fonte de poder e autonomia, algo que só as mulheres conseguem realizar e os homens invejam. Passa-se, nessas duas primeiras fases históricas, de um feminismo *igualitário* para um feminismo *diferencialista*. Segundo a autora, um terceiro momento põe frente a frente essas duas perspectivas e se concentra na desconstrução de seus dogmas. O essencial passa a ser a compreensão de que “não é o fato biológico da reprodução que determina a posição social das mulheres, mas as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade” (SCAVONE, 2001, p. 141). A ênfase na construção social da maternidade, assim como na construção social das diferenças entre os sexos, e a introdução do conceito de *gênero* nas ciências sociais, lançam a discussão para patamares diferentes dos paradigmas biológicos, biomédicos e tecnocientíficos, se configurando como uma grande contribuição do movimento feminista às reflexões e práticas sobre os processos de gestação e nascimento. Alcança-se uma compreensão relacional da maternidade, na qual torna-se necessário abordar também a paternidade, a mãe sem o pai, nos sentidos biológico e social do termo (SCAVONE, 2001).

A perspectiva de gênero nos possibilitou abordar a maternidade em suas múltiplas facetas. Ela pôde ser abordada tanto como *símbolo* de um ideal de realização feminina, como também, *símbolo* da opressão das mulheres, ou *símbolo* de poder das mulheres, e assim por diante, evidenciando as inúmeras possibilidades de interpretação de um mesmo *símbolo*. Além disso, ela pôde ser compreendida como constituinte de um tipo de organização

institucional familiar, cujo núcleo central articulador é a família. (SCAVONE, 2001, p. 142).

Para a autora, a discussão sobre a realização da maternidade ganha outros contornos com o desenvolvimento das tecnologias contraceptivas e conceptivas, inaugurando um contexto “no qual as mulheres podem – dentro dos limites de suas situações sociais –, mais do que nunca, escolher” (p. 143). Escolher se querem ser mães, quando querem, se serão mães apenas a partir de um relacionamento sexual com seus parceiros ou a partir de reprodução assistida e daí em diante. O determinismo biológico, e, portanto, a sexualidade como condição para a maternidade, perdem espaço, diante das novas tecnologias disponíveis, para uma discussão sobre os modos sociais e culturais de realização desse acontecimento. E todo esse movimento está relacionado, também, à medicalização dos processos de gestação e nascimento, com seus dispositivos tecnológicos e com a abertura para as discussões éticas e legais implicadas nesses novos formatos de concepção e conformação familiar.

1.5 O MOVIMENTO INSTITUCIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E SUAS DIRETRIZES PARA AS ATUAIS TRAJETÓRIAS DE NASCIMENTO

A expressão ‘humanizar o parto’ já circulava na esfera pública nacional desde a década de 1920. Fernando Magalhães e Jorge de Rezende, ícones da obstetrícia brasileira e cesarianistas por convicção, afirmavam que o uso de narcose (estado de torpor e inconsciência produzido por um medicamento hipnótico) e de fórceps na assistência ao parto se justificariam para promover a humanização do procedimento (DINIZ, 2005). Dessa maneira, o uso da expressão está relacionado, desde o início, à introdução de mudanças que visavam tornar o parto um acontecimento menos ‘traumático’ para a mulher e mais relevante para a sociedade. Quando falamos atualmente sobre ‘parto humanizado’, contudo, estamos falando também de um conjunto de conhecimentos científicos e formulações políticas bem diferentes dos evocados pelos pais da obstetrícia brasileira. Fecundadas pelos movimentos sociais supracitados, apropriadas e ressignificadas por sujeitos e instituições modernos, outras práticas sociais reivindicaram para si o estatuto de ‘humanizadas’, trabalhando mais a favor de uma redução de intervenções médicas e de um aumento do protagonismo feminino do que a favor da concepção patológica e necessariamente medicalizável dos processos de gestação e nascimento. Segundo Chazan (2005), tais práticas começaram a ser formuladas lá atrás, no pós-Guerra, como herdeiras dos movimentos sociais já expostos: “o dos direitos civis, que

questionava e incidia, entre outros aspectos, na relação de poder médico-paciente, e o movimento da contracultura, que tinha como principal bandeira o retorno à natureza”.

Os últimos anos da década de 1970 fervilharam em críticas ao modelo tecnocrático de assistência, no Brasil e no mundo. Nas ciências sociais o termo *humanização da assistência* aparece enquanto questionamento das práticas ditas desumanizadas e desumanizantes. O significativo incremento científico proporcionado pela Antropologia do Parto, especialmente pelos estudos de Davis-Floyd, “mostrou a assistência como construto social, sua reveladora variabilidade cultural e seu caráter ritual – tanto nas sociedades tidas como primitivas quanto nas chamadas sociedades complexas” (DINIZ, 2005, p. 629). É também nessa década que despontam experiências diferenciadas, contrahegemônicas, e dissidentes, em vários estados brasileiros, que têm como fonte de inspiração práticas tradicionais de parteiras e índias, como os trabalhos dos obstetras Galba de Araújo, no Ceará, e Moisés Paciornick, no Paraná, ambas bebendo da fonte da contracultura e do ideário do parto sem dor, que reverberavam no mundo e começavam a se refletir nas práticas obstétricas em curso.

O que ocorre dentro dos movimentos pelo parto humanizado, conforme ressalta Chazan (2005), é que se começa a modificar o papel do médico: de uma perspectiva de intervenção praticamente automática, sua atuação passa a ser reivindicada numa perspectiva de monitoramento. Verbos como acomodar, facilitar, capacitar passam a estar mais presentes nas práticas médicas do século XXI como uma forma de adaptação e ressignificação dos processos. “A medicina deixa de buscar ‘curar o comportamento anormal’ passando a procurar ‘facilitar a adaptação e o manejo’” (CHAZAN, 2005, p. 104). Para isso, os médicos passam a incluir o paciente e seus contextos, agora tratados como atores de um sistema de cuidado ampliado.

No campo da saúde pública, com a publicação da obra *Bases Fisiológicas e Psicológicas para el manejo humanizado de el parto natural*, de autoria do obstetra uruguaio Roberto Caldeyro-Barcia, constitui-se um cenário favorável para o questionamento em torno do papel atribuído às mulheres no parto e as representações patológicas do evento. Era 1979, e Caldeyro-Barcia proferia sua conferência no simpósio *Recientes adelantos em Medicina Perinatal*, em Tóquio, Japão. “*La madre totalmente conciente es la protagonista del parto. El padre debe proveer un apoyo emotivo, psicológico y físico*” (p. 3). O evento em questão homenageia a escolha desse ano como Ano Internacional da Criança, comemorado também com a criação do Comitê Europeu para estudar as intervenções no parto, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade perinatal e materna. Inicialmente composto por profissionais da área da saúde europeus, o Comitê ampliou seus espaços para sociólogos, parteiras e também

usuários dos sistemas de saúde, tornando-se um movimento internacional de avaliação dos procedimentos vigentes. Esse trabalho proporcionou o desenvolvimento da revisão sistemática das produções científicas sobre parto e pós-parto, que evoluiria, adiante, na Colaboração Cochrane¹ e no movimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE).

A Colaboração Cochrane teve como intuito produzir um cenário favorável para a comprovação científica das práticas institucionalizadas, elaborando uma crítica sobre os modos de agir apontados como naturalizados na assistência médica, muitas vezes apoiadas em crenças, tradições e sem fundamentação científica moderna. Como fruto de seu trabalho, publicou em 1989 uma exaustiva revisão dos procedimentos adotados nos modelos de assistência médica, e em 1993 uma revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre o tema, produzidos desde 1950, incluindo 275 práticas de assistência perinatal, classificadas, a partir daí, quanto à sua efetividade e segurança. A Organização Mundial de Saúde publicou uma síntese desse trabalho em 1996, que passou a ser conhecido como *Recomendações da OMS*. Continuamente reunindo pesquisadores e colaboradores em núcleos espalhados pelo mundo, a Colaboração Cochrane tem por objetivo principal “produzir revisões sistemáticas de alta qualidade, atualizadas, e outras evidências sintetizadas para fornecer melhores informações para a tomada de decisões” (COCHRANE, 2018, s/pág.).

Ainda que o movimento da MBE tenha tomado rumos diversos, mais progressistas ou mais conservadores, esta inspiração inicial é fortemente questionadora, evidenciando as contradições e a distância entre as evidências sobre efetividade e segurança, e a organização das práticas. Trouxe à tona também o papel do poder econômico e corporativo na definição das políticas, e no desenho e financiamento das pesquisas. Além disso, teve como forte prioridade a defesa dos direitos dos pacientes. (DINIZ, 2005, p. 630).

A década de 1980 é considerada emblemática na formulação de um ideário de humanização da assistência no Brasil. Finda a ditadura militar, no contexto de redemocratização do país, diversos movimentos sociais estavam organizados no intuito de modificar o entendimento mercantilista da oferta de saúde e de assegurar os direitos civis expropriados pelo cenário político em desconstrução. Neto *et al* (2008) resgatam que nesse início de década, ainda no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), uma diretoria mais progressista promulga a Portaria 18, sobre a obrigatoriedade de oferta do alojamento conjunto para mães e recém-nascidos nas maternidades públicas do país. Em 1983 tem-se a formulação do Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher

¹ <https://brazil.cochrane.org/quem-%C3%A9-e-o-que-faz-cochrane>

(PAISM) a partir de um processo de discussão do movimento sanitário (e com intensa participação do movimento feminista, como registramos acima), e em 1985, no esteio desses movimentos, a Organização Mundial de Saúde promoveu no Brasil a Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para Partos e Nascimentos. Suas orientações, reunidas na Carta de Fortaleza, foram publicadas em seguida no *Lancet* (WHO, 1985). O documento recomendava

[...] a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia, a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto. Argumenta que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e afirma que nada justifica taxa maior que 10% – 15%. (WHO, 1985 apud DINIZ, 2005, p. 630).

No ano seguinte o esforço de discussão e articulação do movimento sanitário brasileiro resulta na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a mobilização de diversos setores sociais e a gestação do “ideário de um sistema único de saúde público, descentralizado, universal, integral, equânime e dependente da participação social” (SANTOS NETO *et al*, 2008, p. 111). A ‘Constituição Cidadã’, de 1988, estabelece o direito à saúde como responsabilidade do Estado, amplia os direitos já assegurados com a Consolidação das Leis do Trabalho, e além do direito à creche e às pausas para amamentar durante o expediente, incluem-se diversos artigos basilares para a saúde reprodutiva feminina, tais como: “o direito das presidiárias de permanecerem com seus filhos durante o período de amamentação; a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário; a assistência gratuita aos filhos e dependentes, desde o nascimento até seis anos de idade em creches e pré-escolas” (SANTOS NETO *et al*, 2008, p. 110), dentre outros aspectos que em muito favorecerão as políticas de humanização do pré-natal e nascimento.

Em 1993 foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), que reuniu centenas de pessoas – profissionais de saúde, pesquisadores, mulheres usuárias dos serviços públicos, feministas – e passou a organizar fluxos e demandas vindos de serviços públicos e de organizações não-governamentais que provém a assistência ao parto no âmbito do SUS. Sua atuação fez emergir na esfera pública um volume significativo de denúncias sobre as condições desumanizantes a que foram e são submetidas muitas mulheres durante a gestação e o parto, sobre violências de gênero, e gerou demanda por justiça e por mudanças na assistência. E em 1994 foi inaugurada a primeira maternidade paga com recursos do SUS que se definia como humanizada, no Rio de Janeiro, batizada de Maternidade Leila Diniz.

Outro documento de referência do movimento de humanização no âmbito da saúde pública, produzido pela Organização Mundial de Saúde, foi um manual intitulado *Assistência*

ao Parto Normal – Um Guia Prático, publicado em 1996, e enviado pelo Ministério da Saúde a cada um dos ginecologistas-obstetras e enfermeiras-obstetras registrados no Brasil. Nele havia uma defesa da necessidade de promover uma transição no modelo de assistência à gestação e ao nascimento, do “tecnocrático” vigente, para um modelo “humanista”, que

[...] propõe acompanhamento da parturiente e de sua família durante o ciclo gravídico-puerperal buscando ser o menos invasivo possível e proporcionando ambiente tranquilo e saudável para a vivência da experiência do nascimento. Nesse modelo os profissionais necessitam dispensar um cuidado integral à mulher, esclarecer suas dúvidas e fortalecer o vínculo com a parturiente. (MATOS *et al*, 2013, p. 877).

Andrade e Lima (2014), em texto que compõe base teórica para a estruturação e disseminação de uma política de humanização da assistência pré-natal e ao parto, explicam o que denominam *modelo tecnocrático* e o que denominam *modelo humanista*, traçando discursivamente uma intrínseca oposição entre ambos. O primeiro, segundo os autores, tem por características básicas: separação corpo-mente; o corpo compreendido como uma máquina e a paciente como um objeto; médico como um sujeito alheio ao contexto e à subjetividade da paciente; diagnóstico e tratamento de fora para dentro, focado na cura da doença e na reparação de uma disfunção; cuidado organizado de forma hierárquica e padronizada; autoridade inerente ao médico e não à paciente; privilégio da tecnologia dura e das intervenções com ênfase em resultados rápidos; e assistência orientada pela possibilidade de obter e ampliar os lucros (ANDRADE; LIMA, 2014).

O modelo humanista, por sua vez, busca o oposto disso, de forma que o corpo seja considerado em sua perspectiva integral, como um organismo; que haja conexão entre corpo e mente, e entre sujeitos atores dos processos de cuidado, especialmente médico e paciente; que haja um balanço entre os desejos e os potenciais da instituição que provém a assistência e da paciente; e que a informação fornecida à paciente seja qualificada ao longo de todo o processo, de forma que ela possa ser e seja co-partícipe das tomadas de decisão. Um terceiro paradigma da humanização seria a adoção do modelo holístico de cuidado, que busca unicidade de corpo-mente e espírito, sendo o corpo considerado um sistema de energia interligado com outros sistemas de energia; e a cura como um processo que contempla a pessoa em sua integralidade, considerando seu contexto de vida como um todo; dentre outros aspectos (ANDRADE; LIMA, 2014). Em se tratando das políticas desenvolvidas e em desenvolvimento no Sistema Único de Saúde, existe em proposição um movimento de transformação de um modelo tecnocrático assentado em bases históricas para um modelo

humanizado que inclui, no todo ou em partes, as demandas também históricas dos movimentos sociais organizados, como vimos anunciando.

Mas a expressão *humanização do parto* significa uma prática social dotada de muitos sentidos, e que se produz de muitas maneiras, a depender das dimensões e instituições nas quais se realizam. É possível encontrar hoje em circulação, nos ambientes destinados aos cuidados com a gestação, tanto o entendimento de que humanizar é reduzir a centralidade da medicina tecnológica e ampliar a centralidade da autonomia feminina e da fisiologia do parto nos processos; quanto o entendimento de que humanizar é assegurar justamente o acesso à tecnologia, à medicina de ponta e às técnicas farmacológicas disponíveis em nome do conforto da paciente e da qualidade da assistência; dentre outros sentidos atribuídos ao termo. Diniz (2005), em emblemática revisão conceitual do termo produzida em sua tese de doutorado, investiga a diversidade de sentidos empregados ao uso da expressão ‘humanização’ no contexto do parto, que vão desde

[...] o uso da MBE, o respeito aos direitos (reprodutivos e sexuais, ao acesso universal e ao consumo de tecnologia), o tratamento acolhedor e respeitoso, o manejo da dor do parto e a prevenção da dor iatrogênica, novas atribuições profissionais e disputas corporativas; a relação custo-benefício etc. (DINIZ, 2005, p. 627).

Assim, são muitas as dimensões em jogo, que vão dos modos de produzir cuidados – tanto em sua esfera ideológica quanto em sua esfera pragmática – aos modos de dispensá-los, sejam em estruturas financiadas com recursos públicos ou privados. Ainda que muitas vezes os sentidos de humanização se sobreponham, se inter cruzem, ou mesmo se contradigam, torna-se imprescindível destacar que este trabalho vai abordar mais especificamente a relação que se estabelece entre a dimensão política-governamental – que se apropria do conceito de humanização e que o materializa a partir de um conjunto de iniciativas – e as práticas das gestantes durante a realização do pré-natal e da preparação para o parto. Esse conjunto de iniciativas objetiva “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p. 5). Essa é a definição exposta na Portaria Nº 569, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN, em 2000. Em outras palavras, por tratar-se de uma etnografia realizada com gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde, dedicaremos especial atenção aos elementos que subsidiam a humanização enquanto política pública em curso no Brasil, ainda que outras variações do conceito possam aparecer no decorrer da análise.

Nesse sentido, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN tem uma regulamentação baseada na premissa de garantir uma assistência segura durante toda a gestação e o parto, para a mãe o recém-nascido, como direito:

[...] a-toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; b-toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria; c-toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; d-toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria; e-todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura; f-as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima (BRASIL, 2000, p. 1).

O PHPN estabelece desde sua regulamentação, com suas linhas de ação, um itinerário de cuidado para as gestantes atendidas pelo SUS, com diretrizes nacionais de base e gestão territorial: o mínimo de seis consultas de pré-natal, devendo a primeira ser realizada preferencialmente até o 4º mês de gestação; uma consulta de puerpério a realizar-se até o 42º dia de nascimento do neném; exames laboratoriais de tipagem sanguínea e fator Rh, VDRL, urina, glicemia de jejum, hemoglobina/hematócrito e testagem anti-HIV; vacina antitetânica; classificação de risco gestacional a cada consulta; e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial/hospitalar em caso de gestação de alto risco. As condições para uma adequada assistência ao parto também estão descritas na Portaria que regulamenta o PHPN: “a adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas” (BRASIL, 2000, p. 4). Nesse conjunto estão: obrigatoriedade de atendimento em qualquer unidade em qualquer tempo, transporte para ida à maternidade e vaga assegurada no estabelecimento, acesso a procedimentos pré-anestésicos e anestésicos, assistência a partos normais e realização de partos cirúrgicos etc. O direito ao acompanhante, nessa ocasião, fica ainda limitado às situações em que o estabelecimento comportar a presença. Todas essas deliberações constam na Portaria 569/2000, e representam o entendimento governamental, e, mais que isso, o pacto político-institucional sobre as atribuições no referente à humanização do atendimento às gestantes e puérperas. O programa é um marco, a partir do qual se torna possível checar o quanto há de prática assegurada e o quanto há, ainda, de vazio assistencial. Martins *et al* (2014) falam sobre os desafios, que à despeito da vigência da PHPN, permanecem se repetindo e confirmando no SUS.

Nesse cenário, as mulheres tendem a peregrinar entre os serviços de saúde, a assistência ao pré-natal oferecido pela Atenção Básica tende a não conversar com a assistência ao parto que acontece na maternidade, a mulher tende a parir em uma maternidade a qual nunca visitou e com uma equipe de saúde com a qual não tem vínculo. Nele, os processos de trabalho tendem a se estabelecer de modo hierarquizado e a comunicação de forma verticalizada; a mulher e sua família tendem a ser alijados do protagonismo na produção do cuidado; a gravidez tende a ser transmutada em doença e a mulher grávida em doente, sujeita no pré-natal, no parto e no pós-parto a intervenções e decisões da equipe de 'saúde' sobre seu corpo e seu modo de cuidar de si e do bebê. (MARTINS *et al*, 2014, p. 13).

Andrade e Ferreira (2014) apontam que a garantia de uma assistência humanizada passa pela reestruturação contínua dos processos governamentais em curso, relacionados à gestão da rede. E, nesse sentido, um importante marco foi o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste (PQM), implantado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de qualificar a gestão e a atenção praticada nas maternidades de todo o país. Vinculação da gestante à equipe de referência da atenção básica, possibilidade de a gestante escolher a maternidade na qual deseja realizar seu parto, garantia (agora sim) de acompanhante para as parturientes, e adequação da ambiência aos preceitos do parto humanizado são alguns dos eixos do PQM. São avanços legais em relação à própria Portaria 569/200. Sua implantação teve início em 2009, em 26 maternidades, a partir das diretrizes da Política Nacional de Humanização e das áreas técnicas da Saúde da Criança e da Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde.

Em 2011, através da Portaria Nº 1459, do Ministério da Saúde, foi criada a Rede Cegonha, como parte da estratégia governamental de organização das ações e serviços do SUS em redes de atenção. Ela propõe a qualificação progressiva da assistência materno-infantil a partir de quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério; e sistema logístico (transporte sanitário e legislação). Suas diretrizes assumem uma continuidade na incorporação física, além de técnica e tecnológica, do ideário de humanização do cuidado, seja pela ampliação e qualificação do acesso aos dispositivos de saúde, seja pelo acolhimento de temas caros a esse universo simbólico. Em seus documentos de registro seguem presentes os desafios de assegurar práticas e condutas humanizadas de atenção, por exemplo, quando insistem em sugerir que as mulheres tenham como chegar às maternidades com vaga garantida, nem que seja de táxi, e propõem custeio para isso; que os bebês possam ser socorridos por um 'Samu Cegonha' quando sofrerem necessidades emergenciais; ou mesmo que os homens, pais e companheiros, também tenham direito a um cuidado, um tipo de pré-natal paterno; dentre outras ações. Componentes educacionais, que incorporaram novas

tecnologias na qualificação dos profissionais de saúde envolvidos na rede, também fazem parte das diretrizes da reorganização proposta. Vilela (COORDENADORA... 2011) aponta que a Rede Cegonha tem o papel de corrigir práticas não mais consideradas adequadas, com o intuito de reconstruir todo o processo de parto e nascimento no Brasil.

Compreendendo os modelos como paradigmas, e os processos de produção do cuidado humanizado como espaços de interlocução com camadas diversas, que se atravessam e se complementam, a dimensão governamental se condicionou a administrar muitos setores: físico, que diz respeito à adequação dos espaços destinados aos processos de nascimento; gerencial, com a luta por recursos financeiros e sua destinação adequada dentro da perspectiva da equidade, priorizando quem mais necessita; e extrapolando o campo pragmático, existe o desafio da adesão ideológica a novos modos de cuidar do nascimento, de modo que a humanização não se fundamente apenas como mais um modelo de produzir cuidado provido de técnicas distintas das anteriores. Por essa razão, Martins *et al* (2014) apontam a necessidade de consolidar e fortalecer as redes coletivas de produção de saúde materno-infantil, que envolvam governo e também sociedade, e que sejam capazes de desnaturalizar os cenários de (des)cuidado ainda em cena no SUS. De acordo com esses autores, a humanização no SUS “produz-se como um movimento institucional, político, ético e afetivo, [...] mediante participação e comprometimento dos sujeitos e coletivos com seu próprio processo de construção” (MARTINS *et al*, 2014).

Também Brüggemann (2001) defende que o caminho da humanização do cuidado prescinde da conformação de uma nova prática multiprofissional, na qual todos os sujeitos envolvidos nos processos tenham igual importância a partir de suas especificidades. Para a autora, a equipe inteira deve ser humanizada, e não apenas um ou outro sujeito travando uma disputa sobre a melhor conduta a ser realizada em um momento específico. Brüggemann lembra ainda que sobre as tecnologias de parto e nascimento disponíveis no SUS incidem os determinantes sociais que atuam em quaisquer outros processos de produção do cuidado. Tais determinantes – oriundos dos contextos geográficos, sociais e econômicos dos quais se originam as gestantes – tornam essas mulheres mais ou menos suscetíveis, mais ou menos vulneráveis, a desfechos positivos ou não. Esses determinantes sociais funcionam também como marcadores nas trajetórias de parto e nascimento quando resultam em maior ou menor frequência no pré-natal, em maior ou menor adesão, por parte das pacientes, às práticas consideradas adequadas à assistência humanizada. Indicadores que apontem de onde vêm as gestantes, como vivem, no que acreditam as mulheres que vivenciam os processos gestacionais etc seriam essenciais para a efetivar a humanização.

Como se vê, as discussões sobre o processo de construção da humanização apontam para caminhos não estáticos e não lineares. Mendonça (2014) sugere, inclusive, o risco de que o movimento de humanização do parto, especialmente quando materializado na esfera das políticas públicas como política hegemônica, possa ameaçar o protagonismo das mulheres, contradizendo sua própria dimensão ideológica de respeito à diversidade feminina. A autora aponta situações em que – por desinformação ou por escolha consciente – os preceitos do parto dito humanizado são rejeitados por parturientes mas impostos por maternidades e equipes, resultando numa substituição de um tipo de opressão por outra.

[...] não cabe uma postura de pregação e convencimento, pois depende da própria mulher se empoderar e desejar o parto humanizado. Assim o papel das ativistas deveria ser o de mostrar que existe outra possibilidade, mas sabendo que caberá à mulher segui-la ou não, indicando locais – com sites e grupos de gestantes – onde ela deverá buscar as informações necessárias. (MENDONÇA, 2014, p. 13).

Uma vez que a assistência à mulher e ao bebê no âmbito do SUS possui protocolos terapêuticos específicos, financiamento para estruturas e procedimentos, sistemas de dados, condicionantes que resguardam seu componente técnico e que também mapeiam a presença ou a ausência de procedimentos institucionalmente humanizados – as práticas de humanização podem impactar muito mais nos modos de garantir assistência, tomando os sujeitos envolvidos no processo como parceiros de uma negociação que tem o monitoramento como base (e não apenas a intervenção), do que propriamente no formato desse cuidado.

O ponto de inflexão do discurso do parto humanizado, por essa razão, é muito mais a regra da cesárea desnecessária e o uso abusivo da tecnologia e da farmacologia. Há o reconhecimento do saber médico e científico, mas uma oposição ao predomínio da tecnologia, à medida que parte-se do pressuposto de que o parto não é um ato médico e somente fisiológico. Parte-se de uma leitura mais ampla, de que o parto, antes de se passar no corpo, é também um acontecimento psíquico, emocional, pessoal, familiar, social e cultural, quando não também sexual e espiritual. (CARNEIRO, 2015, p. 19).

2 UMA METODOLOGIA PARA AS TRAJETÓRIAS

Para conhecer os modos como se movimentam mulheres em busca de assistência à saúde durante suas gestações, e em busca de cuidado no Sistema Único de Saúde, entendemos que o melhor método seria uma etnografia. Movimento é uma palavra útil na definição deste cenário porque entendemos que ainda que existam protocolos e diretrizes a serem seguidos, muitas vezes perseguidos, existem também os modos mais ou menos rígidos ou porosos que são conduzidos por essas mulheres no decurso de suas trajetórias. O ponto de partida, ou a porta de entrada (nos apropriando de um termo muito utilizado na Saúde Coletiva) foi quase sempre uma Unidade Básica de Saúde pertencente ao Sistema Único de Saúde no município de Juiz de Fora – MG. A escolha por uma partida do nível mais básico de atendimento produzido no SUS se deu pelo desejo de observar os desdobramentos e transversalidades que se compuseram nas práticas gestacionais das participantes da pesquisa, tendo por fio condutor a ideia de que não sendo a gravidez, necessariamente, um evento patológico, tal como compreende a abordagem antropológica, a atenção primária daria conta de organizar ou mesmo abarcar essa trajetória no referente à sua dimensão clínico-informacional. Portanto, todas as participantes fizeram pré-natal em estabelecimentos públicos de saúde, o que pode ser considerado um dado central da amostra – todas elas, em maior ou menor grau, de maneira mais ou menos naturalizada, optaram por incluir a dimensão clínica e os protocolos terapêuticos em suas práticas gestacionais, o que faz da medicalização um conceito fundamental à análise.

Por definição, a etnografia consiste em um tipo de pesquisa qualitativa, de cunho antropológico, composta de uma combinação de dispositivos de aproximação do pesquisador para com seu objeto, e vice-versa; e de análise e interpretação dos materiais coletados. Segundo Geertz (2008, p. 4),

praticar a etnografia é estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário, e assim por diante. Mas não são essas coisas, as técnicas e os processos determinados, que definem o empreendimento. O que o define é o tipo de esforço intelectual que ele representa.

Para o autor, este esforço intelectual está relacionado ao próprio esforço de descrição do objeto escolhido, que servirá de subsídio para o processo de interpretação resultante da prática etnográfica. Essa descrição densa está relacionada, portanto, ao próprio modo de observar o objeto, de inspecioná-lo, de traçar linhas que ajudem a tecer lógicas através das

quais seja possível analisar um processo social em curso, no caso as práticas de gestantes em busca de cuidado no SUS, e interpretá-las em suas diversidades. Geertz explica que a interpretação antropológica está atrelada à observação e identificação dos discursos sociais presentes na experiência de campo.

O etnógrafo "inscreve" o discurso social: ele o anota. Ao fazê-lo, ele o transforma de acontecimento passado, que existe apenas em seu próprio momento de ocorrência, em um relato, que existe em sua inscrição e que pode ser consultado novamente. (GEERTZ, 2008. p. 14).

O que a etnografia interpreta é justamente o fluxo deste discurso social, na tentativa de “salvar o "dito" num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis” (GEERTZ, 2008). Neste dito cabe o mundo: a palavra, mas também o gesto, o olhar, o corpo em contato com as modulações propostas pelos sujeitos inscritos e evidenciados nas práticas sociais; por exemplo, médicos, enfermeiros, parceiros afetivos, familiares, líderes religiosos, coabitantes dos espaços públicos e privados de uso das gestantes etc. Por tratar-se de uma etnografia urbana, trabalhamos no sentido de transformar o “familiar em exótico” (DaMatta, 1978) – uma vez que em concomitância com o fato de ser pesquisadora, também compartilho em muito com os participantes da pesquisa um universo relativo ao gênero, ao sexo, à idade, à cidade. Tratou-se, portanto, de produzir sobre esses elementos um novo olhar, que permitisse o estranhamento dentro de uma cultura por nós, sujeitos, compartilhada.

Para Geertz (2008), a cultura não deve ser interpretada como um complexo com padrões concretos de comportamento, mas como um conjunto de mecanismos de controle que governam esse comportamento, sendo o homem “precisamente o animal mais desesperadamente dependente de tais mecanismos de controle, extragenéticos, fora da pele, de tais programas culturais, para ordenar seu comportamento” (p. 33). O mesmo autor aponta que a cultura não dá conta apenas da confecção humana de artefatos úteis à sua relação com a natureza, ou mesmo da confecção de regras que possam guiar seus atos de forma consciente – as emoções são também, para Geertz, artefatos culturais. E por isso mesmo as práticas dos sujeitos são tomadas, pelo viés antropológico, muito menos como consequências de suas genéticas e muitos mais por gabaritos culturais que organizam suas atividades.

O homem, animal que faz ferramentas, que ri ou que mente, é também um animal incompleto — ou, mais corretamente, um animal que se completa. Agente da sua própria realização, ele cria a capacidade específica que o define a partir de sua capacidade geral para a construção de modelos simbólicos. Ou — para retornar finalmente ao nosso tema — é através da construção de ideologias, de imagens esquemáticas da ordem social, que o

homem faz de si mesmo, para o bem ou para o mal, um animal político. (GEERTZ, 2008, p. 124).

O conjunto de imagens, conceitos e valores “culturalmente produzidos, simbolicamente legitimados e socialmente compartilhados” (VELEDA, 2015, p. 50) que cercam o gestar e o nascer em nossa sociedade compõem o material que interessa à etnografia, uma vez que não os compreendemos apenas como ornamentos da existência, mas como condições existenciais para a mesma, “fornecendo o vínculo entre o que os homens são capazes de se tornar e o que eles realmente se tornam” (GEERTZ, 2008). Nos processos de cuidado implicados na gravidez e no parto, essas mulheres ressignificam suas culturas, simbolizam suas vivências e constituem representações do que entendem como mais adequado a respeito de suas experiências.

Todo o processo que deu origem a essa pesquisa seguiu o protocolo acadêmico requerido aos estudos dessa espécie. Partindo da produção do levantamento bibliográfico e da tessitura do projeto de pesquisa, abundantemente contextualizado, nos apresentamos à qualificação pública do mesmo e submetemos o texto contendo objetivos, métodos, hipóteses e justificativa ao Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz. Este, por sua vez, deliberou sobre a necessidade de apresentarmos uma anuência da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, local de realização da etnografia, antes da entrada em campo. Assim o fizemos e submetemos o mesmo projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, de onde saímos, alguns meses depois, com uma autorização por escrito para livre circulação nos estabelecimentos públicos de saúde da cidade. O passo seguinte foi mapear e contatar interlocutores que servissem como sinalizadores dessa entrada em campo – que dissessem a quem procurar, onde, quando, enfim, com quem tecer as primeiras negociações. Nesta fase, nossa principal interlocutora foi a enfermeira obstetra responsável pela área técnica de Saúde da Mulher na gestão municipal, Ana Beatriz Querino. Foi ela quem indicou qual Unidade procurar, por qual razão e quem procurar lá chegando. Foi assim que no dia 25 de janeiro de 2018 entrava pela primeira vez na Unidade Básica de Saúde de Santa Luzia, uma das maiores e mais completas de Juiz de Fora, uma espécie de unidade modelo para a implantação da Estratégia de Saúde da Família no município.

Embora não exista uma regra rígida sobre os melhores meios para desenvolver o fazer etnográfico, optamos pelas seguintes estratégias: observação participante, ou melhor, pela definição de Angrosino (2009 p. 21), de “participante-como-observador (o pesquisador está imerso na comunidade mas sabe-se que ele faz pesquisa e tem permissão para fazê-la)”, que resultou na construção de um diário de campo; realização de entrevistas semiestruturadas,

com gestantes primeiro e depois com profissionais de saúde implicados nos processos; e na coleta de qualquer material que servisse de dispositivo de estruturação dessas trajetórias, tais como folders informativos, cartilhas institucionais, cartazes etc. Embora tenha havido o desejo inicial de realizar a mesma entrevista em diferentes etapas da gravidez, para comparar as possíveis transformações ou permanências nas respostas, por questão de tempo hábil realizamos a entrevista apenas uma vez, no momento em que a gestante se apresentou disponível para tal.

Ainda que desejássemos que nossa presença em campo não fosse tomada como um atenuante de uma rotina que existia antes de estarmos ali, tínhamos consciência de que um indivíduo parado com um caderno na mão dificilmente passaria despercebido em qualquer situação, e seria, consciente ou inconscientemente, um elemento a interagir simbolicamente com aquele espaço-tempo. Dessa maneira foram incontáveis os episódios em que precisei responder perguntas sobre quem eu era, o que fazia ali, tanto vindas de profissionais de saúde implicados nos processos de cuidado, quanto de familiares e amigos das gestantes acompanhadas. Ou, simplesmente, deixei que as respostas das próprias gestantes, que algumas vezes se anteciparam temporalmente às minhas, se configurassem como índices da relação por nós estabelecida. Elas simplesmente silenciavam as perguntas me apresentado como um personagem íntimo – “Essa é uma amiga minha que vai acompanhar a consulta”. Como me viam a anotar demasiadamente, sem nada perguntar, muitos participantes da pesquisa estendiam a prosa, questionando de onde nos conhecíamos. Eu então explicava que estava acompanhando as práticas gestacionais para a conclusão do doutorado, e tal gestante havia concordado em participar de minha pesquisa. Geralmente era suficiente, embora em se tratando das famílias ou parceiros afetivos das gestantes, ou mesmo delas, a palavra ‘doutorado’ causasse um certo estranhamento, manifesto em suas expressões faciais e quase nunca resolvido por completo.

Na volta, a médica pergunta quem eu sou, e explico por alto minha presença ali, aproveitando para perguntar se ela se incomoda de eu estar presente. Ela acha ótimo e diz que não se incomoda de forma alguma, que acha importante esse tipo de pesquisa. (Notas do Diário de Campo, p. 6).

O processo de construção dos roteiros de entrevistas levou em conta uma necessidade de observar como os itinerários de cuidado ofertados pelo SUS cabiam ou modulavam as trajetórias dessas gestantes, como elas os recebiam e interpretavam, de quais maneiras determinavam ou eram determinados por suas experiências e crenças, e por essa razão, além dos registros das falas dos interlocutores no Diário de Campo, realizamos entrevistas

discursivas. Este instrumento tornou possível a produção de um contato face a face, e a produção de uma escuta atenta aos discursos e sentidos circulantes, aos gestos mobilizados e aos silêncios, o que nos auxiliou na identificação e análise dos aspectos culturais presentes em suas trajetórias e que não necessariamente se manifestavam nos espaços clínicos. Também pelas entrevistas discursivas tornou-se possível analisar a presença e estabilidade dos discursos institucionais, dos discursos especializados, colocando-os frente a frente com discursos encarnados de vivências individuais, discursos que também habitam as práticas de cuidado gestacionais.

A produção de sentidos em esferas institucionalizadas, com alto grau de estabilização discursiva, confronta-se, no dia a dia, com resquícios e reminiscências de outros discursos institucionalizados, mas superados pela história, com fraturas e fissuras de discursividades outras que não aquelas previstas pela ação do Estado (religiosa, moral, estéticas etc.), frestas por onde ressoam crenças, mitos e saberes populares que desafiam os saberes legitimados academicamente e um intenso jogo de deslizamentos próprios aos discursos cotidianos. (SANTANA; COSTA, 2014, p. 2).

A opção pela etnografia se deu pela aceção de que o significado é um aspecto central do problema apresentado. Há os discursos sociais e há os diversos modos como as mulheres os significam em suas próprias trajetórias, sendo a experiência um espaço de interlocução privilegiado. Para Minayo (2001), o significado é intrínseco ao ato, e por essa razão não é possível compreendê-lo o a partir da análise exclusiva de dados quantitativos isolados dos seus contextos, das dinâmicas culturais nas quais repercutem. Por essa razão estabelecemos campos de aproximação e momentos de interlocução que correram de janeiro até setembro de 2018, quando acompanhamos nove gestantes em suas consultas de pré-natal e também em situações outras para as quais fomos convidadas, geralmente ligadas à religiosidade, como cultos evangélicos e estudos bíblicos. O acompanhamento dos itinerários terapêuticos, ou, conforme explicaremos adiante, dos itinerários de cuidado, se configura, portanto, como a prática etnográfica escolhida.

2.1 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS COMO PRÁTICA ETNOGRÁFICA

Grande parte da literatura brasileira sobre itinerários terapêuticos disponível está relacionada aos caminhos vivenciados em busca da atenção e resolução de morbidades. Assim sendo, gostaríamos de realizar uma breve discussão sobre o uso do conceito para discutir os processos de gestação, que sob este recorte não são considerados doenças, embora muitas

vezes sejam tratados como tal, ou possam abrigar o surgimento de alguns quadros clínicos específicos, tais como hipertensão ou diabetes gestacional, que as transformam em eventos de alto risco de acordo com os protocolos exercidos na saúde pública. Supondo uma gravidez saudável, dentro de padrões considerados normais pelo conhecimento científico, ainda é adequado pensar em termos de itinerários terapêuticos?

Antes de responder a tal questão, é preciso deixar de claro, já de início, que estamos tomando tais termos numa perspectiva ampliada que a abordagem socio-antropológica permite. Embora o modelo tecnocrático que abarcou majoritariamente os processos de nascimento na atualidade imponha aos termos *terapia* e *cuidado* uma interpretação ancorada na biomedicina, nos dispomos ao desafio de olhar outras perspectivas para os seus usos. Não se pode afirmar que quem vivencia um parto aos moldes antigos, por obstetrites ou novas parteiras, ou quem opta pelo mínimo possível de intervenções médicas durante o processo gestacional, está abrindo mão do cuidado. Pode-se, isto sim, pensar em ruptura ou rejeição de perspectivas hegemônicas, moduladas pelos critérios médico-científicos, para a definição dos itinerários.

Embora os estudos sobre itinerários terapêuticos já pudessem ser encontrados na década de 1960, especialmente nos Estados Unidos, grande parte dos trabalhos que atualmente utilizam este conceito o fazem a partir das contribuições de Kleinman (1978), cujo estudo mais difundido, *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural Systems*, data de 1978. Sua contribuição está atrelada a uma ruptura com a perspectiva meramente pragmática e comercial que costumava restringir a interpretação das escolhas terapêuticas individuais a questões de custo-benefício. Como se a decisão dos sujeitos estivesse atrelada unicamente à sua relação de consumo com o campo das alternativas médicas. Para além disso, Kleinman (1978, apud Alves, 1999) desenvolveu conceitos baseado na articulação de diversos elementos ligados à saúde e à doença, que levam em consideração a experiência dos sujeitos e suas redes culturais de pertencimento.

Para este autor, a maioria dos sistemas de cuidados com a saúde contém três arenas (ou subsistemas) sociais dentro das quais a enfermidade é vivenciada: profissional, folk e popular. A arena profissional é constituída pela medicina científica, 'ocidental' (cosmopolita), pelas profissões paramédicas reconhecidas ou pelos sistemas médicos tradicionais profissionalizados (chinês, ayurvédico, unãni etc.). O setor folk é composto pelos especialistas 'não oficiais' da cura, como curandeiros, rezadores, espiritualistas e outros. O popular, por sua vez, compreende o campo leigo, não especializado da sociedade (automedicação, conselho de amigo, vizinho, assistência mútua etc.). É justamente nesta última arena que a maior parte das questões ligadas à interpretação, tratamento, cuidados com a doença são inicialmente resolvidas. (ALVES, 1999, p. 128).

Apesar das definições de Kleinman abarcarem as perspectivas sobre aspectos culturais e redes sociais, seu ‘modelo explicativo’, baseado numa compreensão de que as três arenas são construídas a partir de símbolos compartilhados culturalmente, que por sua vez formam padrões de escolhas para determinadas necessidades, acabou por funcionar também de forma muito racionalizada. Os modelos explicativos estariam buscando classificações demasiadamente lógicas para as condutas humanas, regularidades sobre as quais fosse possível fundar um padrão comportamental, sem levar em consideração os aspectos intersubjetivos que o processo saúde-doença engendra nos sujeitos envolvidos (ALVES; SOUZA, 1999).

Ao se estudar os processos de escolha de tratamento, é preciso considerar que esses processos não são meramente fatos que podem ser apreendidos com base em conceitos genéricos, mas ações humanas significativas, dependentes das coordenadas estabelecidas pelo mundo intersubjetivo do senso comum. (ALVES; SOUZA, 1999, p. 131).

Ocorre na atualidade, portanto, uma tendência de enfatizar a singularidade dos sujeitos como aspectos centrais das trajetórias de cuidado, sem descolar dos aspectos culturais de sua existência. Essa singularidade comporta o fato de que cada pessoa atua e responde de maneiras distintas a cada etapa de seu itinerário, tendo sua definição modulada por aspectos sociais, econômicos, psicológicos, geográficos etc, todos combinados em suas complexidades inerentes. Baseados nisso, autores como Gerhardt (2006) defendem a importância de analisar as práticas dos indivíduos atreladas aos contextos dentro dos quais eles estão inseridos.

É nesse contexto que acontecem os eventos cotidianos (econômicos, sociais e culturais) que organizam a vida coletiva, que enquadram a vida biológica e é dentro dele que os indivíduos evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos, suas ações, são formatados por esse espaço social. (GERHARDT, 2006, p. 2450).

A conformação do itinerário terapêutico, portanto, se projeta na dinâmica da existência, no trânsito das experiências pessoais (re)significadas pelas possibilidades concretas de acessar os cuidados adequados às necessidades específicas, em trajetórias assistenciais ou não. Conforme nos aponta Bonet (2014), ao se deslocarem pelo sistema de saúde, quaisquer usuários se tornam também produtores do sistema, seus construtores, e essa dinâmica não reflete automaticamente aquilo que se pensou como itinerário ideal em sua origem, pelos gestores do processo. “Em outras palavras, ao se movimentarem pelos serviços, os usuários tomam decisões e, com elas, vão construindo uma história. [...] Esses movimentos se realizam no processo de “habitar” o mundo”. Assim, ao perceberem-se grávidas, as mulheres desenham diversas e distintas trajetórias em busca de cuidados, que podem ser

assistenciais ou não, e que se baseiam em suas disponibilidades de recursos materiais e sociais, em suas crenças e valores, inseridas nos seus contextos, dotando a experiência de uma complexidade particular. E quando adentram um sistema de saúde, elas são moduladas por suas especificidades, pelas condutas propostas, mas as põem em convivência com toda a rede de relações intersubjetivas acionada durante a gravidez, num processo recheado de formulações, construções e expectativas. E também representações sociais construídas e compartilhadas culturalmente. Em um cenário assim estabelecido, trata-se

de possibilitar momentos de escuta e de liberdade às escolhas das mulheres e famílias, respeitando essas escolhas e reconhecendo que os caminhos pelos quais elas percorreram para chegar até o serviço de saúde foram planejados, avaliados e escolhidos com uma lógica própria e fortemente carregada das experiências individuais e coletivas. Conhecer esses caminhos nos leva a entender muito mais do que a forma pela qual elas chegaram até os serviços de saúde, mas principalmente a lógica de cuidado desejada e o entendimento de saúde que conduziu a esta busca. Obviamente sempre demarcado pela cultura que as cercam. (VELEDA, 2015, p. 44).

Voltando à pergunta que apareceu no início desse tópico, acreditamos que seja mais adequado tomar o estudo dos itinerários terapêuticos como estudo dos itinerários de cuidado porque, como Bonet (2014, p. 337), pensaremos essas trajetórias como “processos abertos, em permanente fluxo, e sujeitos a constantes improvisações criativas dos usuários e dos profissionais envolvidos nos processos cotidianos da vida”. E o cuidado não como um protocolo, embora suas características de protocolo sejam aqui tensionadas, mas como uma fórmula aberta, até como uma “metáfora”, como bem aponta o autor, com qualidades que são determinadas pelos fluxos.

2.2 CENÁRIO E CONTEXTO DO ESTUDO

O município de Juiz de Fora, localizado na macrorregião da Zona da Mata do estado de Minas Gerais, situa-se atualmente em uma posição territorial privilegiada, entre as maiores cidades do sudeste – Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte – o que facilita o deslocamento de empresários, produtores, estudantes e suas respectivas demandas desenvolvimentistas, acabando por torna-lo polo estratégico nessas áreas. Em 2016 sua população estimada era de 559.636 habitantes (IBGE², 2017).

² <https://goo.gl/UAU5qp>

Como dezenas de outros municípios mineiros, Juiz de Fora surgiu a partir da construção das rotas oficiais para transporte do ouro extraído pela coroa portuguesa. Nesse caso, o chamado Caminho Novo, estrada construída no início do século XVIII para escoar a produção da região de Vila Rica de Ouro Preto até o porto do Rio de Janeiro. Próximo a povoados como Barbacena e Matias Barbosa, sua primeira denominação foi Santo Antônio do Paraibuna, cujas hospedarias abrigavam populações que orbitavam em torno na produção aurífera. Em 1853, já elevada à categoria de cidade, estava entre as terras distribuídas aos colonos que aqui habitavam, posteriormente utilizadas para o cultivo do café. Somente em 1865 passou a denominar-se Juiz de Fora.

O município tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado elevado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Possui o nono maior valor de Minas Gerais, 0,828, e o quadragésimo nono de toda a Região Sudeste do Brasil. No ranking brasileiro do IDH, Juiz de Fora está na posição 145 (IBGE, 2017).

No referente ao setor Saúde, existem doze hospitais gerais na cidade, sendo três públicos, três filantrópicos e seis privados. Desses, quatro possuem maternidades: Hospital Regional João Penido, Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (públicos), Santa Casa de Misericórdia (filantrópico), e Hospital São Vicente de Paulo (conveniado ao SUS). O Hospital Regional João Penido possui uma maternidade considerada referência em parto humanizado na região. Nesse estabelecimento de saúde são realizadas cerca de 500 consultas pré-natais e 200 partos por mês (FHEMIG³, 2017). Em 2015 reinaugurou a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera, para o atendimento de mulheres que necessitam de atenção especial, mas não requerem internação hospitalar. O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus é o que possui a maternidade mais antiga do município, com 80 anos de fundação, onde já foram realizados cerca de 135 mil partos. É um estabelecimento conveniado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, para o ensino da disciplina de Obstetrícia. Como também funciona como hospital geral, creio ser importante registrar que o espaço destinado à realização de partos tem como nome Centro de Parto *Normal*. Além dos hospitais públicos, a rede SUS é composta também de 56 Unidades de Atenção Primária à Saúde – UAPS e três Unidades de Pronto Atendimento – UPAs (PREFEITURA, 2017).

Desde a década de 1990, especialmente a partir da criação da Estratégia de Saúde da Família e sua disseminação em nível nacional, o município discute a necessidade de promover uma reorientação das formas de assistência médica, com determinação da Atenção Básica

³ <https://goo.gl/djqNpA>

como nível organizador e principal porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde. O Plano Diretor de 2014, construído pela Secretaria Municipal de Saúde, apontou, entretanto, que a cultura hospitalocêntrica permanece hegemônica em Juiz de Fora, com uma atenção à saúde voltada para as condições agudas, mesmo nos serviços ofertados pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Sem o cuidado longitudinal às condições crônicas, majoritárias enquanto carga de doença, as UAPS defrontam-se com a seguinte realidade: atendimento às condições agudas ou agudizações da condição crônica (COUTINHO *et al*, 2003). Esse modelo reduz a resolutividade deste nível de atenção, propaga a sensação de desconfiança da população sobre o mesmo e mantém os usuários buscando atendimento principalmente em prontos-socorros e hospitais, impossibilitando a redução da demanda nos níveis secundário e terciário do SUS (COUTINHO *et al*, 2003). Observa-se, portanto, a existência de uma dupla reorganização sistêmica: a da própria rede de atendimento a partir dos níveis de atenção, e a reorganização da assistência ao parto através das políticas da humanização.

O município de Juiz de Fora foi cadastrado na Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento em 2001. Naquele momento o cenário de cuidado existente não destoava do quadro nacional, apresentando persistentemente altos índices das mortalidades materna e perinatal. Em 2002 eram 89 óbitos para cada 100 mil bebês nascidos vivos (COUTINHO *et al*, 2003).

Outro registro importante para o campo, especialmente para a discussão sobre parto humanizado, refere-se à existência da Casa de Parto de Juiz de Fora, vinculada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, que funcionou entre os anos de 2001 e 2008, e realizou cerca de 700 partos normais. Costa (2007) explica que a história da Casa de Parto teve início em 1988, a partir de uma comissão criada pela Secretaria Municipal de Saúde, a Comissão Municipal de Proteção ao Parto e Redução do Índice de Cesáreas em Juiz de Fora, para reverter os altos índices de cesariana, que à época era de 60% do total de partos realizados na rede pública, enquanto no Brasil esse percentual era de 39%. Dessa comissão faziam parte a Faculdade de Medicina, a Faculdade de Enfermagem e setores da Secretaria Municipal de Saúde, e as discussões empenhadas resultaram na proposta de criação do Centro de Parto Normal de Juiz de Fora, capitaneado por atores da enfermagem obstétrica no município. Nesse espaço as mulheres realizavam pré-natal, no mínimo de oito consultas, participavam de grupos educativos com seus respectivos parceiros, e recebiam assistência no parto, pós-parto e consulta revisional de puerpério. “Os critérios adotados para a admissão da gestante no serviço de pré-natal eram: classificação da gestação como de risco habitual,

gestação única, desejo da mulher em dar à luz na Casa” (FERNANDES; ANDRADE; RIBEIRO, 2011).

Acusada de funcionar de maneira irregular, a Casa de Parto foi interditada em 2007 e uma comissão constituída na Universidade Federal de Juiz de Fora, com participação da então chefia do Departamento de Ensino em Enfermagem, e de representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Medicina, do Conselho Federal de Enfermagem e do Ministério da Educação, deliberou pela transferência da Casa de Parto para o Hospital Universitário, o que nunca ocorreu, e o espaço foi fechado. Entre as irregularidades, a comissão de transferência apontou a falta de médicos obstetras de plantão, de médicos neonatologistas, de ambulâncias para transferências obstétricas de emergência e de protocolo assistencial. Contudo, uma busca na web sobre o tema, e a partir de conversas informais com participantes da pesquisa, é possível traçar outros sentidos para essa atribuição de irregularidade, que estão relacionados a uma disputa de campo entre médicos e enfermeiros, e a uma disputa entre gestores da própria UFJF.

2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Gostaríamos agora de apresentar as mulheres que foram acompanhadas durante essa etnografia, cujos nomes foram modificados para efeito de preservação de suas identidades. Pseudônimos foram escolhidos pelas participantes, quando assim o desejaram, ou por mim, quando essa escolha era indiferente para as mesmas. Todos os demais dados, como idade e profissão, dentre outros, são verídicos, obtidos através de informação das mulheres.

❖ **Resumo Geral das interlocutoras, organizadas por idade**

- Karol, 27 anos, segundo filho; operadora de caixa de supermercado, noiva do pai do segundo filho, evangélica;
- Manuela, 28 anos, primeiro filho; professora desempregada, mãe solo, agnóstica;
- Sandra, 29 anos, primeiro filho; cabeleireira, casada, evangélica;
- Nina, 30 anos, segundo filho; cabeleireira, união estável, umbandista;
- Cida, 31 anos, terceiro filho (gravidez anterior gemelar); recepcionista, união estável, evangélica;
- Norma, 31 anos, primeiro filho; Nível médio, diarista, casada, evangélica;

- Marielle, 32 anos, terceiro filho; Nível superior, enfermeira e doula, casada, agnóstica;
- Eliane, 33 anos, terceiro filho; Nível médio, dona de casa, casada, evangélica;
- Sara, 36 anos, segundo filho; Nível técnico, técnica em enfermagem, casada, evangélica;
- Ana, 45 anos, enfermeira obstetra; Nível superior, casada, religião não declarada.

❖ **Karol, 27 anos, segundo filho**

Karol fez sua primeira consulta de pré-natal na UAPS de Santa Luzia, mas foi encaminhada por Ana para fazer o acompanhamento na Acispes, por conta do uso contínuo de medicamento para controle de epilepsia, o que caracteriza sua gestação como de ‘alto risco’. Acispes é uma unidade de atenção especializada, que funciona através de convênio entre prefeituras municipais, para qual os pacientes locais e do entorno de Juiz de Fora são encaminhados para consultas e exames de nível secundário. Quando entrei em contato com Karol por telefone, ela pareceu entusiasmada em participar da pesquisa, e já explicitou um discurso de defesa ao SUS, elogiou o pré-natal e contou um pouco de sua vida. É seu segundo filho, o primeiro tem oito anos, frutos de relacionamentos distintos. Está noiva do atual companheiro, e mora integralmente apenas com o filho – o noivo divide sua presença entre a casa de Karol e a casa do pai. Trabalha como operadora de caixa em um grande supermercado da cidade, e enfatiza que se sente feliz com seu ofício.

Conheci-a pessoalmente no dia de sua segunda consulta, em 9 de maio de 2018. E desde esse primeiro momento senti dificuldade em me comunicar com Karol por mensagens, enquanto tentava localizá-la entre os setores do prédio, dificuldade que se expandiu também para nossa comunicação face a face. A primeira ligação parecia, de fato, um ponto fora da curva. Tudo por conta de minha dificuldade em adentrar o universo linguístico e psicológico habitado por Karol, com suas gírias, abreviações de palavras, narrativas que se contradizem quando às vezes desdizem o que disseram anteriormente, que compunham um território para mim muito deslizando. Tem uma doçura e uma marra ao mesmo tempo, e define a si mesma como barraqueira e atrevida. Fisicamente Karol é negra, usa um aplique afixado ao cabelo alisado, tem um corpo grande e sinuoso. Também é evangélica e usa continuamente expressões que caracterizam esse pertencimento religioso.

Antes de entrarmos no consultório mostrei-lhe minha autorização para a pesquisa, e expliquei que aquele documento me assegurava o direito de acompanhá-la, direito este que só ela poderia intervir, desejando ou não minha presença. De algum modo essa apresentação foi um prenúncio, pois ao chegarmos ao consultório a obstetra questionou minha presença, disse

que a permitiria, mas que eu deveria me anunciar à direção do estabelecimento, o que fiz logo em seguida. Foi a primeira e única vez em que precisei fazer uso comprovado de minha autorização para pesquisa. Consegui acompanhar Karol em um número significativo de consultas, até o dia em que ela simplesmente deixou de responder minhas mensagens e me avisar sobre seu itinerário, sem despedida.

❖ **Manuela, 28 anos, primeiro filho**

Manuela estava no último trimestre gestacional quando nos conhecemos, e por isso pude acompanhar as últimas semanas de gravidez, o trabalho de parto e um pouco de seu puerpério. Foi a única das gestantes que entrou no cenário de participação da etnografia a partir de minha rede pessoal de relações. No período em que nos conhecemos ela estava realizando a transição do pré-natal pelo convênio para o pré-natal no SUS, impulsionada pelo desejo de realizar seu parto em um hospital público de referência para parto humanizado no município. Sua relação com a clínica, e com os modelos de assistência providos tanto na esfera pública quanto na privada, foram tangenciados por um questionamento permanente e ascendente das modulações presentes nesse processo. Com uma gravidez não planejada, mas “que se tornou desejada”, Manuela vivenciou uma busca intensa e integral por informações que a subsidiassem em suas decisões em cada etapa da gravidez, informações vindas de artigos científicos, de documentários e também das redes constituídas nas mídias digitais. O caminho do parto humanizado foi, assim, forjado – a partir da apropriação de um conjunto de ideias e práticas que lhe pareceram mais racionais, mais saudáveis e menos violentas, para si e para o bebê, conforme ela mesma define em nossas conversas ao longo da etnografia.

Manuela é branca, tem nível superior, pertence a uma família de classe média, mora com a mãe e o irmão mais velho, atuava como professora de inglês de nível avançado e no período da etnografia estava afastada do mercado de trabalho. Sua trajetória indica muitas questões a respeito do impacto e dos sentidos de tornar-se mãe solo, feminista, e agnóstica, nessa contemporaneidade. Pelo filho ela parou de fumar, de tratar de forma medicamentosa um quadro depressivo, de inferir sobre sua própria saúde de maneira precária – por exemplo sua relação com a alimentação, diante da certeza de qualquer dessas questões poderia influenciar a formação de seu bebê. A realização de seu parto foi uma experiência marcada pelas tentativas de resistência a um atendimento muito intervencionista, ainda que em um hospital, e ela considerou que apesar de todas as negociações que conseguiu fazer no dia do parto, ainda foi vítima de violência obstétrica. Junto à Marielle, Manuela configura em meu

próprio universo de pesquisa um recorte feminista, corpos políticos em busca de experiências contra hegemônicas de gravidez, parto e maternidade.

❖ **Sandra, 29 anos, primeiro filho**

Sandra é casada, cabelereira, vivia sua primeira gravidez, e já tinha um enteado de oito anos. Sua entrada na pesquisa ocorreu de um jeito incomum, pois foi a única que respondeu uma postagem que fiz no Facebook, na página da AMMA – Aliança de Mulheres pela Maternagem Ativa em Juiz de Fora, convidando mulheres a serem participantes da etnografia. Enviou-me uma mensagem de forma privada, se colocando disponível. Me passou seu telefone e entrei em contato. Ela estava com 13 semanas e 4 dias de gestação, tinha tido uma primeira consulta e realizava os exames iniciais de rotina antes de retornar à segunda. A UBASF na qual obtinha assistência foi também a mais distante de minha residência, no Bairro Industrial, Zona Norte de Juiz de Fora. Sua residência se localiza no bairro vizinho ao serviço.

Conheci-a no dia 15 de março de 2018. Sua aparência aparentava ainda mais jovem que a idade: um corpo esbelto, longos cabelos lisos, sorriso aberto e óculos de grau com lentes muito grossas. Cumprimentou-me com carinho e já perguntou o que eu precisava saber. Expliquei do que se tratava a pesquisa e fiz umas perguntas iniciais, sobre como vinha passando, sobre como se sentia, se residia ali perto. Sua gravidez foi classificada como de ‘risco habitual’. Sua organização chama atenção: traz sempre uma pasta com todos os exames, responde as coisas com precisão e assertividade. Diz que tem passado bem, que vomitou poucas vezes e que percebeu que agora não pode mais ficar muito tempo sem comer como antes, pois se sente fraca e com a visão turva. É evangélica e toda a sua gestação é demarcada por alguns códigos comuns aos pertencentes a essa religião: sempre invoca Deus na sua fala, é ativa nos cultos e estudos bíblicos e vou percebendo, ao logo do processo, que sua fé em Deus é tanto ou maior que sua fé na medicina, que também é imensa.

Sua história de vida preserva aspectos peculiares que também marcarão imensamente sua trajetória de cuidado. Nasceu de seis meses e foi dada como morta pelo médico que realizou a cesariana. Sua mãe foi encaminhada à CTI com grave risco de vida. Sandra conta que foi uma enfermeira quem percebeu que o embrulho de pano no qual se encontrava se mexia, e que ela tentava respirar. Foi então encaminhada à UTI Neonatal, ficou internada por três meses, e sobreviveu. Sua mãe também reestabeleceu a saúde. Quem ia todos os dias à UTI e acabou por cria-la na primeira infância foi a avó paterna. Sua visão foi a principal afetada pelo processo. Usa óculos desde muito cedo e aos doze anos sofreu um descolamento

de retina que a fez perder totalmente a capacidade de enxergar no olho direito, e no esquerdo tem apenas 30% da capacidade total. Tornou-se mulher acreditando que nunca conseguiria ser mãe, tinha ovários policísticos e sofria de anemia severa. Um dia, já adulta, durante um culto, o pastor tocara em sua barriga e dissera que lhe acabava de acontecer um milagre, e que ela realizaria um sonho. Alguns anos depois, numa consulta ginecológica de rotina, a médica comunicara que seu útero não tinha mais qualquer cisto, e assim permaneceu. Depois de uns anos de casada resolveu abandonar o uso de anticoncepcionais e tentar engravidar. Conseguiu rapidamente, e é sobre essa gravidez, que Sandra entende como um milagre, que falaremos daqui em diante.

❖ **Nina, 30 anos, segundo filho**

Conheci Nina também através de Ana. Em sua primeira consulta que acompanhei acessei um cenário inusitado: estavam no consultório além de Ana e Nina, seu marido, também sendo consultado, e sua filha mais velha de 8 anos. Minha primeira impressão adquirida com aquela situação, e que permaneceu ao longo de nossos contatos, foi de uma mulher de personalidade forte, objetiva e “sem papas na língua”, o que poderia, de certa maneira, ser confundido como rispidez, mas não se tratava disso. Nina expressava na consulta o que ela classificava como mentiras e descuidos do marido, apontando publicamente suas responsabilidades pelas razões de estar ali, precisando ser consultado. Ela é negra, umbandista, trabalha com estética de cabelos afros, e apresentou um corpo grávido que a mim pareceu exuberante, enquanto para ela significava justamente o contrário. Não planejou e tampouco ficou feliz com sua segunda gestação – substituir os receios pela aceitação foi um processo primordial à sua experiência e à garantia do cuidado, que ela encampou até o fim do processo. Ao contrário da primeira filha, para quem tudo planejou e preparou nos mínimos detalhes, na atual gestação não quis saber o sexo cedo, não preparou enxoval com antecedência e nem pensou em fazer eventos sociais como os chás de fralda. E também não fez desses sentidos um segredo, sua franqueza é profunda – não teve uma gestação feliz, mas aprendeu a fazer o melhor possível, com as tecnologias e conhecimentos que dispunha, para si e para o bebê.

Dois discursos marcaram fortemente sua trajetória: primeiro, a rejeição da cesárea, procedimento que lhe causava verdadeiro pavor só em conversar sobre o assunto; segundo, a afirmação de que apenas para o cuidado com as gestantes o SUS funciona de forma eficaz. E por isso mesmo, apesar de possuir plano privado, a dimensão clínica de seu itinerário

gestacional foi toda no SUS. Baseada na sua própria experiência com a gestação anterior, conhecedora do que era possível acessar e como, usou o Sistema e sua política para a gestação e o parto a seu favor.

❖ **Cida, 31 anos, terceiro filho**

Cida foi a primeira gestante que acompanhei durante uma consulta de pré-natal. Era também sua primeira consulta da gestação que se iniciava, e nesse sentido foi uma experiência interessante para que eu conhecesse os procedimentos realizados numa consulta inicial de pré-natal numa Unidade Básica de Saúde (especificidades que trataremos no capítulo 3, sobre os itinerários). Nessa consulta Cida foi classificada como gestante de ‘alto risco’ pela combinação de dois fatores: é obesa e tem hipotireoidismo, ainda que controlado. E por essa razão combinou-se em consultório que ela não realizaria seu pré-natal na UBASF, mas em uma unidade de atendimento especializado do município, Acispes, onde teria acesso, além da Obstetrícia, à Nutricionista, Fisioterapia, Psicologia etc.

É uma mulher simpática, vaidosa e com ótima habilidade comunicativa. O pré-natal em questão referiu-se à sua segunda gestação, sendo que na primeira ela gerou gêmeos, dois meninos, que agora têm cinco anos. Estava muito ansiosa no dia que nos conhecemos, pois além de considerar os filhos gêmeos ainda muito pequenos, não planejara aquela gravidez, fruto de uma relação recente com seu então companheiro. A possibilidade de ser novamente uma gestação gemelar a assustava bastante, e por essa razão o primeiro exame para o qual pediu encaminhamento foi uma ultrassonografia transvaginal, que julgava ser mais preciso, pois queria se preparar desde cedo para quaisquer dificuldades, estar a par de sua realidade. Infelizmente, após o nosso primeiro contato, ainda que tenha afirmado interesse em ser acompanhada, não consegui mais localizá-la: não atendia minhas ligações e nem respondia minhas mensagens. Algumas vezes a reencontrei nos espaços em comum da UBASF na qual a conheci, como nas reuniões com gestantes, e algumas de suas falas compõem o universo da análise, por serem representativas de alguns aspectos das trajetórias.

❖ **Norma, 31 anos, primeiro filho**

Conheci Norma numa reunião de grupo de gestantes, promovida por Ana e seus alunos, na Unidade Básica de Saúde de Santa Luzia. Todas as gestantes atendidas pela equipe de Ana foram convidadas, com seus respectivos companheiros, mas apenas Norma e

Guilherme, seu marido; Cida e Beto, seu companheiro, compareceram. A reunião aconteceu no dia 3 de abril de 2018, período em que chove muito em Juiz de Fora. E o bairro onde se situa a UBASF, Santa Luzia, é muito famoso por seu alagamento. Portanto era noite, com chuva, e a pouca aderência de usuárias do SUS não foi uma surpresa. De profissionais estavam presentes além de Ana, eu, uma doula, e muitos alunos de um curso de enfermagem da cidade. Como parte de suas atividades curriculares, eles montaram grupos para conversarem sobre diversos temas: Caderneta da Gestante; Direitos reprodutivos e trabalhistas; Sexualidade na gravidez; Vitaminas; Sinais e sintomas do parto; Tipos de parto; etc.

Norma e Guilherme se destacaram no grupo porque interagiram sensivelmente com os temas que eram dispostos, demonstrando muitas dúvidas, por exemplo sobre como retirar leite em caso de excesso, sobre as contrações e as dores que as acompanham, sobre métodos contraceptivos etc. Pela primeira vez testemunhei um casal muito interessado em compreender os processos em curso, a materialização do casal grávido (Salem, 2007), que vivenciava a gestação como uma ressignificação da subjetividade de ambos. Meu desejo de acompanhá-los partiu dessa associação teórica, e no intervalo das apresentações, quando foi serviço um farto lanche para os presentes, me aproximei dos dois e conversei sobre a pesquisa. Ela escutava com mais atenção, e mesmo não demonstrando muito interesse, disse que não se importava em participar, que eu poderia sim acompanhá-la. Gravei seu telefone e fiquei de enviar mais explicações pelo *Whatsapp*, e assim o fiz. Norma respondeu novamente que topava participar, com duas condições: primeiro, que eu não estivesse presente em situações nas quais ela se sentisse mais exposta, como os exames de ultrassom transvaginal, por exemplo; e segundo, que eu soubesse que quando só fosse autorizada a entrada de uma pessoa em qualquer situação, essa pessoa seria Guilherme. Achei razoáveis e até óbvias as condições, e assim selamos nosso acordo.

Norma foi a primeira das gestantes a me apresentar um itinerário de cuidado que já se iniciou de modo mais personalizado. Ela tanto realizava acompanhamento na UBASF, com Ana e sua equipe, como era acompanhada por um médico obstetra em outro estabelecimento público de saúde do município, popularmente conhecido como PAM Marechal, unidade de atendimento onde concentram-se os serviços da Atenção Secundária, que são as especialidades médicas, e os encaminhamentos das áreas onde não há Unidade Básica de Saúde – UBS de referência. Mais à frente vou me reportar a situações nas quais gestantes, quando classificadas como de alto risco, são encaminhadas para serviços especializados, pelo próprio protocolo municipal. No caso de Norma foi diferente, pois ela mesma procurou o

médico desse serviço, porque ele havia realizado seu pré-natal numa gestação anterior, cujo desfecho fora um aborto espontâneo, devido a uma má formação genética do feto. O casal se sentiu tão bem assistido pelo médico que quando soube da nova gravidez desejou ser também acompanhado por ele, sem perder o vínculo com Ana, que por atender em seu bairro há muito tempo também tem muita credibilidade diante de seus pacientes. Foi assim que passei a conhecer esse outro modo de construir uma rede de assistência, onde o vínculo tem uma simbologia determinante.

Ao nos conhecermos, sua gestação atual se desenvolvia perfeitamente, e quando acompanhei sua primeira consulta ela estava com 10 semanas de gravidez. Exceto pelo fato de sentir-se sempre muito cheia ainda que comendo pouco, com digestão difícil, nada de físico parecia incomodá-la muito. No entanto, nos primeiros encontros ela estava sempre muito apreensiva, tensa, e logo compreendi que esse estado emocional decorria, em grande parte, pela perda gestacional anterior, que ocorrera no primeiro trimestre. Norma e Guilherme temiam que o fato tornasse a acontecer. Ela estava então com 31 anos, ele não devia ter muito mais que isso. Juntos há cerca de dez anos, entre namoro e casamento, me pareceram sempre muito cúmplices e apaixonados. Ela com uma personalidade mais brava, impaciente, ele mais brincalhão, mas ambos divertidos. Norma é vaidosa, preocupa-se bastante com a vestimenta, com a arrumação dos cabelos. O casal também é evangélico, como todos os anteriores. Ele trabalha com serviço de segurança privada, ela como zeladora de sua igreja.

❖ **Marielle, 32 anos, terceiro filho**

Marielle é enfermeira obstetra, tem 32 anos e está em sua terceira gravidez. É doula e atua em um espaço de formação e orientação sobre gestação, parto e puerpério na cidade. Quando Ana me forneceu seu telefone, entrei em contato e ela logo concordou em participar da pesquisa por se considerar defensora do SUS e do parto humanizado. É simpática, objetiva, muito atarefada e o capital intelectual que expressa nos encontros deixa claro que transita bem por esse universo da informação na e para a gestação. Fisicamente é uma mulher alta, magra, branca, de estrutura grande. É casada e mora com a família numa casa ampla e centralmente localizada. Não tem religião, tornando-a a primeira gestante não-evangélica a compor o cenário de pesquisa. Nos conhecemos no dia da sua segunda consulta de pré-natal, 7 de maio de 2018. Foi também a partir de uma foto enviada pelo *Whatsapp* que a reconheci na recepção. Ela me abraça na chegada, apresenta a caderneta da gestante na recepção e sentamos lado a lado para adiantar uma conversa. As duas outras filhas têm, respectivamente,

9 e 2 anos. A gestação atual não foi planejada, “totalmente surpresa”, mas conta que imaginava desde sempre ter três filhos, apenas com intervalos diferentes do que acabou se tornando. A filha mais velha nasceu de parto normal hospitalar, e a última de parto domiciliar, assistida por duas enfermeiras obstetras com as quais Marielle tem uma relação de aprendizado e amizade, suas tutoras e companheiras de profissão.

Marielle resolveu fazer o pré-natal na UAPS Santa Luzia por ter sido aluna de Ana na pós-graduação, e ter total confiança no trabalho que ela testemunhou como residente. Nesse sentido, seu modo de ingresso foi diferenciado do padrão, que se dá quase sempre por marcação da própria gestante ou familiares, ou por busca ativa de agentes de saúde na localidade. Contudo, faz todos os exames pelo convênio de saúde, pois não acha justo demandar ainda mais coisas ao SUS, que considera muito sobrecarregado. Quando soube da gestação pediu que seu sogro, médico, fizesse a solicitação de toda a primeira rotina de pré-natal – exames de sangue, urina e ultrassom e translucência nugal. Essa consulta foi o momento de mostrar os resultados à Ana. Está com 17 semanas de idade gestacional e deseja ter outro parto domiciliar. Como espera o terceiro filho, faço quase que automaticamente a pergunta padrão, que já habita o meu próprio imaginário sobre gravidez: se pretende fazer laqueadura, um procedimento que lhe seria assegurado por já ter uma idade ‘mínima’ e uma quantidade de filhos ‘razoável’, segundo algumas vertentes de planejamento familiar. E ela diz que não realizará o procedimento, por não ter apreço a uma intervenção que se caracteriza como definitiva, mas afirma que pretende prevenir outra gravidez com o uso de DIU.

O contato com Marielle me coloca, pela primeira vez, na rotina de uma mulher que faz pré-natal no SUS por escolha, e não por necessidade. Talvez se Ana atendesse na rede privada, esse fosse o seu destino, e o SUS se tornaria uma opção apenas para o parto, já que existe uma política em construção a favor da realização do parto definido como humanizado. Ou nem isso, visto que cresce o mercado de estabelecimentos privados que se propõem a promover condutas parecidas no sentido ideológico com aquelas asseguradas pelo SUS, acessíveis a quem pode pagar por elas. De todo modo, ao longo de nossa convivência, percebo que sua militância discursa sempre a favor de uma possibilidade de acesso às políticas de humanização do parto para todas as mulheres, o que em sua opinião só seria possível através de um sistema público.

❖ Eliane, 33 anos, terceiro filho

Eliane compõe, junto com Nina, os dois últimos casos que estou a observar em campo, ambos intermediados por Ana. Não é difícil contatá-la, ela é simpática e tem uma disponibilidade grande, inclusive nas respostas rápidas ao celular. Tem 33 anos, mas fisicamente parece ser mais jovem ainda. É branca, tem cabelos castanhos e usa aparelho nos dentes. É casada, evangélica, dona de casa, e espera sua terceira filha. A primogênita tem sete anos, e a segunda filha tem três. Nos conhecemos em sua primeira consulta na Acispes, para onde foi encaminhada no terceiro trimestre da gravidez por ter apresentado diabetes gestacional, glicemia 92 em jejum.

Suas duas filhas mais velhas nasceram de cesárea, as duas em procedimentos pagos, uma por plano de saúde e outra por desembolso direto, ambas com 38 semanas. A terceira, por consequência e opção, também vai nascer por cesárea, e seu desejo expresso é que seja no Hospital João Penido. Seu discurso a favor da cesárea é muito presente em nossos diálogos e fico muito curiosa em saber sobre seu histórico, as razões para isso, que me dão outras perspectivas sobre os sentidos de humanização do cuidado, presentes adiante na análise. Ela me conta que teve uma gestação menos tranquila que as anteriores, com muitas idas ao posto por intercorrências comuns, e relata o acolhimento de Ana em todas elas. É organizada e sua interação em consultório é sempre rápida e assertiva.

❖ Sara, 36 anos, segundo filho

Cheguei à Sara através de Ana, que fizera sua primeira consulta e lhe contara sobre a etnografia, perguntando se ela autorizaria meu acompanhamento. Quando ela concordou, Ana me passou seu telefone, entrei em contato e expliquei a pesquisa. Neste ponto há uma coisa que eu gostaria de destacar, sobre essa apresentação, e que diz respeito à metodologia da pesquisa: em todas as situações de primeiro contato procurei deixar claras duas coisas, primeiro o fato de que a participação era voluntária, e poderia ser suspensa a qualquer momento que a gestante desejasse, e segundo que por tratar-se de uma pesquisa antropológica, meu ponto de partida era a clínica, mas meu desejo era expandir essa aproximação para todos os momentos em que minha presença pudesse ser aceita, pensando nas demais dimensões de cuidado implicadas nessas trajetórias. Lembrando que de todas as gestantes acompanhadas apenas uma entrou como participante por intermédio de relações pessoais. Nenhuma outra eu conhecia, tampouco atuava em espaços onde a minha presença na

cidade fosse conhecida, portanto existência zero de vínculos ou aproximações prévias entre nós. Assim, quando expus à Sara este segundo aspecto, sobre estar presente para além do acompanhamento das consultas, ela rapidamente disse que não seria possível, que minha presença na clínica seria muito bem-vinda, mas que era uma mulher muito ocupada, com dois empregos, filho pequeno, atividades na sua igreja. Sua colocação foi um prenúncio do que sucederia em campo: embora tenha tentado me aproximar de todas elas em outras situações, consegui muito pouco – estive em cultos evangélicos e estudos bíblicos, e em chá de fralda também. Mas foram as consultas que realmente me deram substância para conhecer e refletir sobre essas trajetórias.

Meu primeiro contato presencial com Sara aconteceu no dia 26 de março de 2018, na Unidade Básica de Saúde da Família de Santa Luzia. Cheguei antes dela e procurei entre os presentes algum rosto que me lembrasse sua fotografia e não encontrei. Sentei e aguardei. Em pouco tempo ela entrou na sala de espera e tinha a mesma expressão ativa da foto de seu *Whatszapp*. É negra, alta, magra, cabelo crespo, muito elegante. É casada e também é evangélica, toda a família participa ativamente das atividades da igreja, que funciona ali no bairro, não muito longe da UBASF. À primeira vista foi bastante formal, de poucas palavras, muito mais observadora do que comunicativa. A cidade passava por um surto de conjuntivite, o que nos fez sair da sala de espera e aguardar sua chamada do lado de fora da unidade. Só tornamos a entrar quando diminuiu a quantidade de pessoas contaminadas na espera. Conversamos um pouco, expliquei sobre a pesquisa mais uma vez, mostrei-lhe o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, e nossa conversa limitou-se a isso. Até sermos chamadas por Ana para uma roda de conversa com suas alunas de enfermagem, sobre gestação, parto e amamentação. Foi Sara quem escolheu onde eu deveria sentar, e depois entendi que se tratava de uma estratégia, que consciente ou inconscientemente ela traçava, de modo que fiquei numa posição onde podia muito mais ser observada do que observar.

É nessa roda de conversa que conheço as primeiras expectativas de Sara. Ela deseja que seu filho nasça de parto normal hospitalar, como aconteceu com sua primeira gestação, um parto humanizado no Hospital Regional João Penido, espaço que ela conhece como paciente e também como trabalhadora. É lá que exerce um de seus dois empregos, como técnica de enfermagem na UTI Neonatal. Ela aguardou o nascimento de seu primeiro filho até 41 semanas, e nesse marco deu-se a sugestão de indução em casa, que ela aceitou. Foram 18 horas de trabalho de parto, cinco horas com dor ativa, até dar à luz a seu menino. Tudo seguiu o seu desejo e de Deus, como ela conta. Amamentou por quase dois anos, sendo seis meses de amamentação exclusiva. E é por sua própria experiência que ela constrói um imaginário para

a gestação atual: deseja que tudo seja parecido, embora em seu corpo os sinais já indiquem grandes diferenças da gestação anterior. Ela está com nove semanas, e já será sua terceira consulta, o que a torna a gestante que mais rápido procurou assistência médica, e também uma das gestantes com quem permaneço mais tempo, do início ao fim do processo.

Me conta que conhece Ana desde que era agente de saúde na UBS de Santa Luzia, por nove anos. Diz que foi por ela muito incentivada a estudar, a fazer um curso técnico, e escolheu ser técnica em Enfermagem. Quando concluiu o curso apareceu uma vaga para contrato temporário no Hospital e Maternidade Santa Terezinha, e mesmo muito criticada por largar o cargo efetivo de ACS, ela seguiu em busca de ascensão profissional. Foi quando abriram edital para o João Penido, ela se matriculou no cursinho, estudou e fez a prova, com sucesso. Seu contrato na maternidade expirou, ela ficou apenas no JP, até abrirem nova seleção para a Maternidade, para a qual ela novamente fez cursinho, estudou e passou. Diz que adora seus dois empregos, mas quando o segundo filho chegar vai optar por um só.

❖ Ana, 45 anos, enfermeira obstetra

Ana foi uma interlocutora fundamental na realização da pesquisa. Através dela conheci a maioria absoluta das gestantes que passaram a ser acompanhadas em campo, e foi a partir de sua intermediação gentil e persistente que obtive abertura inicial da parte das mesmas para uma escuta qualificada e uma autorização de presença. Foi também em seu consultório que vivenciei o início de campo e também a continuidade da etnografia da maior parte das gestantes. Cheguei até ela pelos meios tradicionais de negociação de inserção, a partir da gestão pública municipal: primeiro identifiquei a responsável técnica pela coordenação da Saúde da Mulher no município; que me indicou a Unidade Básica de Saúde da Família de Santa Luzia (UBASF) como ponto de partida; e lá a gerente da unidade foi de consultório em consultório comigo, perguntando aos médicos e enfermeiros presentes, se tinham gestantes em início de pré-natal cujas consultas pudessem ser acompanhadas – Ana foi a única profissional dessa UBASF que se dispôs a participar e a facilitar o processo.

Sua experiência em assistência à gestante e ao bebê teve início há 18 anos, e há 16 atende nesta mesma UBASF. Viu, aliás, as mudanças decorrentes da implantação da Estratégia de Saúde da Família na unidade. Conhece inúmeras pessoas no bairro, e é também conhecida de muitos. As usuárias do SUS que passam por seus cuidados, suas clientes (como ela denomina), têm com ela um vínculo e uma relação de confiança muito perceptível em campo. Atribui sempre o sucesso da assistência que produz à afinidade e sintonia da equipe,

composta, além dela, de um médico de família, uma técnica em enfermagem e uma agente comunitária de saúde. Tem um comportamento muito ativo e articulado: leciona em graduação, orienta residentes em enfermagem obstétrica, conduz reuniões com grupos de gestantes, se comunica com muita rapidez e está sempre acessível por Whatsapp. Sem medo de parecer vulgar ou imprecisa, acredito que a melhor descrição para Ana, a mais justa, seja: uma profissional que ama o que faz.

Ana é casada, tem um casal de filhos adolescentes, e sempre troca histórias familiares com as gestantes nas interlocuções do consultório.

2.4 O PESQUISADOR EM CAMPO: ENREDOS DO FAZER ETNOGRÁFICO

Nesse momento gostaria de tecer algumas considerações sobre minha prática etnográfica em campo, pois considero importante registrar, para esta e para outras pesquisas, algumas peculiaridades observadas a partir da interlocução estabelecida com as participantes da pesquisa. A primeira das considerações diz respeito à minha própria descoberta do que seria uma etnografia e um “participante-como-observador” (ANGROSINO, 2009). Tomei apreço por dessa definição por ter percebido, que a expressão “observador não participante”, que encontrei em alguns manuais de metodologia sobre pesquisas qualitativas, não caberia na prática que eu iniciava. Foi também uma legitimidade que me foi ofertada em campo, quando tanto os profissionais de saúde quanto as gestantes com os quais permaneci em contato me deixaram à vontade para explicitar minha presença. Um dia, numa das primeiras consultas que acompanhei, a própria enfermeira que conduzia o pré-natal, mirou em minha direção e disse: “Você pode participar e contribuir com a consulta, ainda que seu método seja a observação não participante” (Notas do Diário de Campo, p. 3). Achei rico e interessante o paradoxo discursivo presente na fala de Ana, bem como a conduta espontânea de Karol, que sempre me inseria como parte dos diálogos que aconteciam nas consultas, ainda que muitas vezes eu tenha lhe dito que preferia observar em silêncio. Um silêncio que funcionava para mim como a autodeterminação de um lugar, de uma opção por não intervir para além do que minha própria presença física já serviria de intervencionista nos ambientes pelos quais circulei, causando impressões, talvez modificando posturas.

Um segundo ponto que vale o registro diz respeito ao lugar do pesquisador na construção dos dados, ao lugar no qual ele resolve posicionar o seu olhar para o material de campo do qual dispõe. Comumente as notas do Diário de Campo, como principal material

etnográfico, costumam ser incorporadas ao próprio texto analítico. Mas no caso desta etnografia, consciente ou inconscientemente, acabei por construir um outro percurso, fazendo da análise um espaço para interpretar a interpretação, configurando uma “autointerpretação”. Explicando melhor: de alguma maneira, ao consultar os dados aglomerados no Diário de Campo, tomei-os como narrativas que apenas *por acaso* foram produzidos por mim, de uma distância que me permitiu repensar as interpretações feitas no momento que foram escritas, imediatamente após os acompanhamentos, reafirmando os sentidos outrora assumidos ou resignificando-os.

A terceira questão relaciona-se às dificuldades de comunicação, ou mesmo de identificação, entre mim e as gestantes, que se formularam no decorrer do processo. Nesse âmbito, a situação mais comum foi a prática delas pararem de responder minhas mensagens de *Whatsapp*, dispositivo que se tornou nossa principal ferramenta de comunicação virtual, ou atenderem minhas ligações, e estabelecerem um tempo próprio de me retornar sobre as demandas que se construía.

Nem bem dei a largada, as coisas começaram a se complicar. Cida tornou-se muito difícil de localizar, e atendeu apenas uma das minhas várias ligações. Pareceu-me, inclusive, que atendeu apenas para identificar o número, e depois passou a não mais atender. Tentei mensagens por Whatsapp, sms, sem nenhum sucesso. (Notas do Diário de Campo, p. 4).

No começo da etnografia, não muito confiante diante da perspectiva tão tênue que caracterizava meus contatos iniciais com as gestantes, lembro de me sentir angustiada e pessimista sobre os rumos da pesquisa. Cheguei a enviar um e-mail para minha orientadora mencionando um arrependimento sobre a escolha deste método, não crendo que pudesse funcionar em período hábil. Mas, como pude comprovar, por mais clichê que pareça, tratava-se de uma questão de tempo, de ritmo. Questão, aliás, que esteve presente em toda a prática etnográfica, porque foi preciso compreender e aceitar que se tratava de um objeto muito delicado, de um processo que sempre colocou em cena questões sutis, como, por exemplo, as que comumente caracterizam o primeiro trimestre gestacional. É nessa fase que as gestantes mais se sentem enjoadas, menos dispostas, moduladas por um processo fisiológico e psicológico de adaptação às vezes exaustivo, diante do qual eu nada poderia fazer além de conseguir aguardar. Além disso, hoje entendo, existe o fato de que a minha entrada em um universo tão íntimo e pessoal também requeria tempo de assimilação. Quem eu era? De onde eu vinha? O que eu queria?

Já para Cida, que também estava na roda, a primeira gestação, apesar de gemelar, foi muito mais tranquila que a segunda. Nessa, em pouco tempo já

disse ter tido sangramento, placenta mais baixa com risco de descolamento, teve que afastar do serviço... Naquela hora entendi as razões dela não ter mais respondido minhas mensagens, talvez não coubesse uma pesquisadora naquele contexto tão vulnerável. (Notas do Diário de Campo, p. 8).

Favret-Saada (2005), ao contar sobre suas dificuldades de acessar as experiências com feitiçaria da França, expõe sobre o estranhamento dos sujeitos de pesquisa como uma reação que precisa ser levada em consideração no fazer etnográfico. A convivência desses sujeitos com os pesquisadores, antropólogos, lhes tinha impregnado de uma impressão difícil de ser transposta, aponta a autora, quando para eles sobrava apenas o pior lugar, o do julgamento, o da estigmatização. O resultado disso foi que ela só conseguira de fato acessar suas experiências quando se permitira ser afetada por elas, ser enfeitiçada. Claro que se trata de uma questão com um teor diferente, mas estou também falando de experiências humanas, e por isso é importante pensar na existência da desconfiança como um fator costumeiro do campo. Também Carneiro (2015) nos fala que uma das perguntas que mais ouviu das mulheres gestantes acompanhadas em sua etnografia era se ela mesma tinha filhos, e como não tinha, foi permanente provocada a pensar sobre o quanto isso modificava sua inserção em campo, estudando justamente as questões relativas à maternidade.

Um terceiro ponto que merece registro foi o exercício de formular modos de conviver com um universo religioso tão distinto do meu. Não só pelo fato de eu não ser evangélica, mas pelo fato de eu não ter religião alguma e os evangélicos terem, no geral, uma postura de conversão da fé alheia. Além dos momentos das consultas, as únicas oportunidades que me foram concedidas de me aproximar do cotidiano das gestantes quase sempre estiveram relacionadas às suas práticas religiosas – convites para cultos, para estudos bíblicos, para festas das igrejas, além das perguntas sobre minha presença na “comunidade”. O que até certo ponto topei vivenciar e administrar, porque de alguma forma entendia que esses eram espaços que lhes conferiam segurança, e mais que isso, eram espaços nos quais seus pares poderiam testemunhar e também legitimar a minha presença.

Durante muito tempo me senti um peixe fora d'água na igreja. Quanto mais o tempo passava e as pessoas se empolgavam com os louvores, mais desconforto eu sentia sobre o que fazer, como me comportar. Obviamente eu não sabia cantar, mas devia juntar as mãos, repetir o “Aleluia”, ou fechar os olhos? Como deixar meu corpo falar e o que permitir que ele dissesse? (Notas do Diário de Campo, p. 10).

Também o outro polo desse processo esteve presente na trajetória: a necessidade de cultivar um distanciamento quando a situação me afetava num sentido muito pessoal. Foi assim quando visitei Sara no hospital, quando se encontrava internada por conta de um

descolamento de placenta que quase resultou em perda gestacional no fim do primeiro trimestre de gravidez.

Vivenciar esse episódio me trouxe, inevitavelmente, a memória da minha própria perda gestacional. Já não é uma emoção intensa, parece mais uma memória em aquarela, que ainda resguarda nuances de tristeza. Lembrei que um dia eu também estive em um leito, mas não vestia minhas próprias roupas, nem podia ver as demais pessoas da enfermaria, como fazia Sara. Aguardava um procedimento que poria um fim ao que já não era vida, pois ao contrário dela, meu feto não sobrevivera. (Notas do Diário de Campo, p. 15).

Outro aspecto também bastante desafiador da prática etnográfica foi a presença da nudez na clínica. Embora na maior parte das consultas ela não aconteça, uma vez que os exames físicos de rotina não exigem que se tire totalmente a roupa, noutros momentos ela é imprescindível: verificar um sangramento, uma candidíase, um inchaço nos seios etc. Sendo situações diante das quais minha presença não fora explicitamente acordada, eu me sentia frequentemente preocupada sobre como me comportar. Mas com exceção de Norma, que estabeleceu com antecedência minha interdição durante a realização de exames mais invasivos, nenhuma outra gestante determinou limite para esse olhar. A preocupação parecia ser uma coisa minha, um receio de invadir uma intimidade, de não saber lidar com uma norma social que caracteriza a nudez em certos ambientes como algo constrangedor e inviolável.

Estou mais preocupada em como me comportar diante da primeira nudez que testemunho em campo. Não sei se devo olhar para Sara ali deitada com parte do corpo à mostra, e para os procedimentos que são executados, ou se apenas escuto e faço anotações. Decido por olhar pouco, na tentativa de apreender o essencial. (Notas do Diário de Campo, p. 19).

Um aspecto curioso desse fazer etnográfico foi o fato de que algumas vezes, além de pesquisadora, funcionei como uma espécie de “alarme” para as datas e horas das consultas. Como eu sempre entrava em contato antecipadamente para confirmar nossos encontros, não raras vezes ocorria daquele contato ser também um lembrete da consulta para elas mesmas. Um alarme tão eficaz que aconteceu até de algumas delas atrasarem ou faltarem, quando não liguei e nem mandei mensagem para confirmar nosso encontro, e fui apenas guiada por minhas próprias anotações. Percebi que essa função, assumida espontaneamente, acabou por me conferir mais proximidade com as gestantes, como a vez em que Sandra, antes de responder à enfermeira em qual turno preferia voltar para a próxima consulta, se manhã ou tarde, perguntou a minha opinião, sobre o que seria também melhor pra mim.

O retorno de Sandra estava agendado para o dia 26 de abril, mas ela se confundiu, e achou que era para o dia 27. Também não me importei de

conferir a data antes, como sempre fazia, e assim perdemos a consulta, que foi remarcada para o dia 08/05. (Notas do Diário de Campo, p. 24).

A consulta de Marielle deveria ter acontecido ontem, mas ela esqueceu. Registro isso para dizer que não é a primeira vez que sirvo de “alerta” às minhas gestantes. De outras vezes foi também através de mensagens minhas que elas lembraram das consultas ou perceberam que tinham anotado errado a data do retorno. (Notas do Diário de Campo, p. 39).

Também gostaria de mencionar que a densidade da observação possibilitada pela etnografia, como explica Geertz (2008), possibilitou a percepção de nuances que provavelmente não seriam contempladas apenas com a realização de entrevistas. Por exemplo, o fato de que ao estar apenas comigo, algumas gestantes falavam coisas que não falavam no consultório, na presença do profissional de saúde, ainda quando inquiridas sobre. Ou mesmo o fato de responderem algo para mim de uma forma e responderem sobre a mesma coisa de outra forma, quando questionadas pelos profissionais da assistência. As narrativas de Karol foram as que mais demonstraram essas diferenças de performance, quando ela variava muito as formas de responder as perguntas que carregavam semelhanças, tanto as minhas quanto dos profissionais que a atendiam. E com relação a tudo: ao que comia, a como vivia, aos laços de parentesco.

Às vezes Karol diz coisas para mim e coisas diferentes nas consultas, como a hora em que foi questionada pela assistente social com quem vivia e ela respondeu que com o noivo, enquanto para mim havia dito que vivia apenas com o filho. (Notas do Diário de Campo, p. 26).

Para finalizar, quero registrar a compreensão de que o “não” também fez parte dessa etnografia. Das nove gestantes, foi possível fazer um acompanhamento permanente de três delas, com uma constância que caracterizou a conquista de uma estabilidade: estivemos juntas do início da gravidez ao trabalho de parto. Noutras situações houve constância, mas não um acompanhamento desde o princípio, ou houve um longo acompanhamento, por período considerável, mas houve desistência da parte delas de seguir até o fim, comunicada ou simplesmente decidida sem explicação.

Mas por fim veio com a notícia ruim, de que gostaria de parar com sua participação na pesquisa. Como motivos disse não estar se sentindo bem com minha presença nas salas, “limitada”, pois não se sentia à vontade para conversar tudo o que gostaria com o médico, tampouco tinha coragem de me pedir para sair, mesmo sabendo que eu a tinha deixado livre para isso. (Notas do Diário de Campo, p. 39).

Então eu queria te pedir perdão de não ter te comunicado antes, mas é porque as coisas vão acontecendo uma atrás da outra né... eu já tinha passado por aquele susto do sangramento... então eu queria ver com você se

tem como eu abrir mão da pesquisa, não estar fazendo, porque eu não tô com cabeça pra isso. (Notas do Diário de Campo, p. 56).

A presença em campo teve a duração de oito meses, de janeiro a setembro de 2018, e as entrevistas foram realizadas ao longo do processo, de acordo com a disponibilidade de tempo das entrevistadas. Todas antes ou depois de alguma consulta. E, concomitantemente, observamos em silêncio muitas salas de espera, onde emerge uma intensa circulação de discursos, e lemos inúmeros relatos de pré-natal e parto, especialmente parto, em grupos locais reunidos em redes sociais, a fim de compor um cenário secundário de pesquisa. Em outubro teve início o processo de organização do material coletado, transcrição das entrevistas, análise do diário de campo e das respostas concedidas pelas gestantes, e a constituição de categorias de análise a partir do exame de tais materiais. É o resultado disso que trazemos no capítulo seguinte.

3 PERCURSOS E SENTIDOS DO NASCER

3.1 O PRINCÍPIO

3.1.1 Quero ser mãe. Ou não?

Quando Badinter escreveu o prefácio à edição de bolso do seu livro *Um amor conquistado – o mito do amor materno* (1985) chamou atenção para o que parecia se configurar como o principal objetivo da respectiva obra: desmistificar a ideia de que todas as mães – ou, mais radical que isso, de que todas as mulheres – aceitam e vivenciam a maternidade de forma amorosa porque naturalmente instintiva. O livro, que ao ser lançado foi cercado de enorme polêmica mas se tornou um clássico da luta feminista global no final do século XX, apresenta uma densa revisão histórica sobre os aspectos culturais que fundaram e sustentaram a ideia do ‘amor materno’ ao longo dos séculos, assegurando-nos de que a existência deste sentimento não se trata de uma tendência feminina inata, mas de algo elaborado socialmente, construído culturalmente, e que se modifica em diferentes épocas e regiões do mundo. Pode parecer óbvio hoje, quando nos debruçamos sobre a enxurrada de narrativas dissonantes e descontentes sobre a complexa tarefa de ser mãe, especialmente presentes em todos os espaços discursivos proporcionados pela web, que o ponto de vista de Badinter a respeito do instinto mostrou-se coerente e necessário às reflexões associadas ao tema da maternidade atualmente. Mas no Prefácio em questão a autora aponta as dificuldades que encontrou para defender sua pesquisa diante de críticas intensas e muitas vezes acusatórias vindas de representantes outros do pensamento científico e da opinião pública. “A julgar pelas reações apaixonadas que este livro provocou – e que me surpreenderam, confesso –, a maternidade é, ainda hoje, um tema sagrado” (BADINTER, 1985, p. 9). Para Badinter, a dificuldade consiste no fato dessa sacralidade permanecer habitando nosso inconsciente coletivo, sendo a mãe, identificada à Virgem Maria, símbolo incontestado do amor incondicional.

Na mesma direção, já neste século XXI, Bensusan (2012) aponta o caráter majoritariamente compulsório da gravidez no Brasil – para quem engravida, a mulher, qualquer que seja o ônus do processo, passa a ser “considerado como um desejo natural sacralizado” (p. 323). Um desejo que é “concebido como intenso o suficiente para o sacrifício de muitos outros e que já traz em seu bojo um comportamento e uma imagem – aqueles da

maternidade – que tornam impossível a deserção” (Idem). Desistir da maternidade torna-se, assim, uma espécie de atrocidade, de ato contra a natureza, dotada de uma lógica afetiva que não pode ser desobedecida. Noutra obra mais recente de Badinter, *O conflito: a mulher e a mãe* (2011), que aprofunda a discussão sobre os desdobramentos da maternidade, desta vez para a mulher do século XXI, a autora afirma que “nada é mais inconfessável em nossa sociedade” do que o reconhecimento (por parte da mãe) de “que se enganou, que não era feita para ser mãe” (BADINTER, 2011 apud TATAGIBA, 2011, p. 437). A problematização do ‘instinto materno’, atribuindo-lhe o status de mito, portanto, dá materialidade à oposição clássica presente nas ciências sociais, sobretudo na Antropologia, que é a oposição entre Natureza e Cultura, (re)existindo a crença de que não há nada ‘natural’ no comportamento humano, nada que não seja instituído e modificado pela cultura. Em *O conflito...* (2011), a autora defende, inclusive, que se substitua de vez ‘instinto’ por ‘fibra materna’, como um termo mais adequado para traduzir a alusão feita às características assumidas por certas mulheres a partir da incorporação da maternidade como prática simbólica e material de seus cotidianos. Dizia Badinter (1985, p. 16) que

O Amor, no reino humano, não é simplesmente uma norma. Nele intervêm numerosos fatores que não a respeitam. Ao contrário do reino animal, imerso na natureza e submetido ao seu determinismo, o humano – no caso, a mulher – é um ser histórico, o único vivente dotado da faculdade de simbolizar, o que o põe acima da esfera propriamente animal.

Por essa razão, a autora advoga que a construção do amor materno depende em número e em grau da convivência entre mãe e filho, do contato físico entre ambos, proveniente de um contexto cultural propício ao desenvolvimento deste tipo de afeto. Resgatando a história das mães do século XVIII que enviavam suas crianças recém-nascidas para serem cuidadas por amas de leite em áreas rurais europeias, só as recuperando, quando sobreviviam, aos quatro ou cinco anos, Badinter nos questiona sobre a possibilidade do amor diante da ausência do toque, do beijo, dos artefatos característicos da convivência. E sentencia: não só as mães são as únicas capazes da faculdade de amar como tampouco são todas elas dotadas desta disponibilidade; sendo os ‘deveres maternos’ consequentes de outros arranjos relacionais que não apenas a existência do amor. “A moral, os valores sociais, ou religiosos, podem ser incitadores tão poderosos quanto o desejo da mãe” (BADINTER, 1985, p. 17). Ou seja, a cultura e seus mecanismos de poder, donde provém e a partir de onde se manifesta essa relação.

Por este paradigma antropológico, que se faz pelo entendimento de ser o homem (homem no sentido de ser humano) um “tipo de animal que produz cultura” (TORNQUIST,

2004, p. 64), e que dá sentido à vida a partir dos símbolos resultantes dessa produção, a gravidez, tanto quanto a maternidade, deixam de ser tomadas como fenômenos meramente fisiológicos – donde o ‘instinto’ permaneceria como categoria central, e o ‘amor materno’ como resultante simbólico uníssono – e passam a ser interpretados a partir de suas múltiplas dimensões, das quais destacamos duas: como resultado de um processo físico, biológico e genético, e também como uma construção cultural.

Sabemos, afinal, que a ‘cultura da maternidade’ tem se modificado ao longo dos séculos, acompanhada de transformações nas ideias de gênero e de parentalidade (BADINTER, 1985; REZENDE, 2011; SALEM, 2007; SCAVONE, 2001). O fim da antiga divisão do trabalho e a inserção das mulheres na economia; sua saída da contingente domesticidade e ingresso nos espaços públicos; a globalização econômica e a inclusão no universo do consumo; o desenvolvimento científico e a invenção dos métodos contraceptivos; os movimentos sociais e os feminismos; se configuraram como elementos políticos e econômicos que impactaram a instituição familiar e desconstruíram a ideia da atribuição automática da maternagem à figura da mulher (BADINTER, 1985). Modificou-se, portanto, a ‘invenção da maternidade’, que atravessava o universo feminino desde o final do século XVIII (GIDDENS, 1993 apud SCAVONE, 2001) – a mulher como responsável pelo lar, pela criação dos filhos, pelo desenvolvimento das emoções familiares. A possibilidade de escolher entre ser mãe e não ser possibilitada pela pílula anticoncepcional, ainda que tangenciada pelas relações de poder implicadas no jogo de forças entre os gêneros (que faz, por exemplo, com que a mulher não seja ‘rendida’ nas suas funções familiares e precise assumir uma múltipla jornada de trabalho, em casa e fora dela), afetou imensamente a subjetividade implicada nas novas experiências de gestação. Conforme destaca Scavone (2001, p. 50), “ser ou não ser mãe passou a ter uma dimensão reflexiva, a ser uma decisão racional, influenciada por fatores relacionados às condições subjetivas, econômicas e sociais das mulheres e, também, do casal”.

No referente a esta pesquisa, o contato com dezenas de gestantes, e a convivência direta em campo com nove delas, num contínuo que possibilitou acompanhar diferentes momentos de suas gravidezes, fez emergir um cenário cercado de contratempos, contradições, e diversidade de perspectivas. Um processo no qual o amor materno foi às vezes declarado desde o princípio, e também onde a questão da necessidade de ‘aceitação’ da gestação veio antes de qualquer possibilidade de amor. Dois trechos extraídos das entrevistas com as participantes da pesquisa apontam essa duplicidade de perspectivas.

É uma alegria pra toda mãe, né? Porque filho é benção. É tudo de bom, né? Foi uma surpresa pra mim porque eu estava tomando remédio, e tive que parar, mas em prol disso foi... foi uma alegria. (Karol, Entrevista 5).

Eu nunca pensei, desde que descobri que estava grávida, nunca pensei assim 'vou tirar', 'vou matar', vou fazer qualquer coisa contra o neném. Nunca imaginei isso. Mas pra mim foi difícil aceitar. Hoje eu já tenho uma aceitação muito melhor do que eu tive no começo. Eu tive bem as fases de rejeitar, rejeitar mesmo, e a fase da aceitação, e a fase que eu to hoje de 'aceitei'. (Nina, Entrevista 1).

O nosso ponto de partida torna-se, assim, a investigação sobre essa que tomamos como primeira etapa concreta da experiência da maternidade: a reação diante do resultado positivo da gravidez, donde nos aparece a categoria 'aceitação' como elemento articulador do processo. Para a maioria das mulheres investigadas neste estudo (seis dentre as nove), a notícia da gravidez aconteceu como algo inesperado, posto a concretude do resultado positivo se materializou em momentos distintos dos quais imaginaram vivê-la. Com idades entre 27 e 38 anos, trata-se de uma amostra composta de mulheres que em sua maioria não planejaram a gravidez, mas se dispuseram a vivenciar essa experiência, algumas pela segunda ou terceira vez, podendo-se dizer, portanto, que as gestações acompanhadas em campo foram, em sua maioria, pontos de inflexão em suas trajetórias individuais, mobilizando sentimentos e estados emotivos heterogêneos. “Surpresa”, respondeu Sandra sobre a descoberta da gravidez. “Levemente desesperada”, definiu Manuela; “Péssima”, expressou Nina. “Um pouco assustada, porque não foi planejada. Mas feliz ao mesmo tempo”, disse Marielle.

Os sentimentos expressos por esse grupo de mulheres nos fazem apontar justamente para essa dimensão reflexiva da maternidade, implicada no processo auto identitário da mulher enquanto sujeito contemporâneo, que se organiza e monitora um 'projeto de futuro', articulado ao presente e ao passado, ao invés de simplesmente esperá-lo (REZENDE, 2012). O que significa que aquele sujeito do final do século XX, que os anos 60 forjaram como dotado de um código moral baseado num 'individualismo-psicologizante-libertário' (SALEM, 2007), que fundou as suas crenças numa perspectiva singular de ruptura com a tradição e a hierarquia, tornou-se, no século XXI, um sujeito que busca a segurança dos sistemas peritos para lidar com o desencaixe dos sistemas sociais e com a crescente necessidade de manter o controle de si e evitar a vergonha da degradação social (ELIAS, 1993 apud Rezende, 2012).

Para investigar como essa transformação impacta a subjetivação da gravidez, Rezende (2012) se debruça analiticamente sobre o universo emocional de um grupo de gestantes de classe média do Rio de Janeiro e investiga – a partir da leitura de Geertz, Giddens, Elias e Sennet – as razões para a frequência e a centralidade ocupada pela menção à 'ansiedade' nas

narrativas de seus sujeitos de pesquisa, interpretadas à luz dos autores citados como “parte da condição de todo ser humano como criatura cultural que depende da ordem simbólica para funcionar no mundo” (REZENDE, 2012, p. 441). Em seu trabalho de campo Rezende (2012), que acompanhou gestantes à espera de seus primeiros filhos (primíparas⁴), articula a ideia da presença constante da ansiedade com uma dificuldade de assimilar o futuro porque todo o passado, tudo o que foi vivido antes da gravidez, parece contar pouco ou nada diante do porvir. Por tratar-se de uma experiência absolutamente nova, portanto desconhecida, a gravidez se dotava para as mulheres analisadas de uma ansiedade ainda mais acentuada.

No caso dessa etnografia, contudo, encontrei possibilidades de interpretação complementares, quando a presença da ansiedade está justamente associada à memória de fatos semelhantes ocorridos anteriormente com as gestantes. “Ah meu Deus, lá vou eu passar por tudo de novo”, disse Cida ao mirar a ilustração de uma barriga vista por dentro, durante sua primeira consulta de pré-natal (Notas do Diário de Campo, p. 1), numa fala donde se extrai a memória recente de um período repleto de dificuldades, que foi a sua primeira gravidez e respectivo puerpério. Mãe de gêmeos de cinco anos, Cida começara há pouco um novo relacionamento, e o pai dos bebês se prepara para ser também avô. A diferença entre a primeira e a segunda vez que nos encontramos é nítida: a moça que demonstrava bom humor e aceitação na primeira consulta está agora afastada do trabalho por causa de sangramento e risco de descolamento de placenta, sente muitas cólicas e está insatisfeita com a possibilidade de não conseguir fazer uma laqueadura durante a cesariana, mergulhada em inúmeras questões, sentimentos que seguirão se transformando no correr da gestação. O que percebemos nesta etnografia, portanto, é que a intensidade e os fatores motivadores da ansiedade mudam também de acordo com as memórias que as mulheres carregam de outras gravidezes e partos.

Assim, quando investigávamos a aceitação da gravidez, mirando os aspectos práticos e simbólicos implicados nesse processo – de construção ou conquista do desejo – muitos elementos se inscreviam como dotados de significado e importância: o fato de serem gestantes pela primeira vez ou de estarem em suas segundas ou terceiras gravidezes (múltiparas) e terem marcas físicas e psíquicas de experiências anteriores; o fato de terem situação socioeconômica mais ou menos vulnerável, sendo a mulher ou o casal dotados de condições de garantirem uma recepção minimamente segura para a criança; o fato das mulheres

⁴ O termo ‘Primípara’ significa ‘fêmea que teve ou vai ter o segundo parto’ (Michaelis, online). E o termo ‘Múltipara’ significa ‘fêmea que já teve mais de um filho’. São denominações muito utilizadas no campo da Biomedicina.

gestantes se compreenderem como sujeitos estáveis, emocionalmente ou materialmente; foram fatores expostos em nossos contatos presenciais ao longo do processo. Sandra, Norma e Manuela, por exemplo, viviam suas primeiras gravidezes, e o que acompanhamos foi a formulação da espera de seus primeiros filhos. As três existiam, ao se tornarem gestantes, sob a sombra de dramas individuais de imensa complexidade psíquica. Sandra nasceu de seis meses, teve a morte declarada pelo médico que realizou o parto de sua mãe, e foi reanimada por uma enfermeira que encontrou o ‘embrulho’, um bebê que se movia apesar das cobertas que a guardavam, na sala de pediatria. Foram meses internada numa UTI Neonatal, na esperança de que os recursos tecnológicos disponíveis e a crença religiosa de sua avó lhe salvassem a vida. Somados a essa memória, os ovários micro policísticos, e o descolamento da retina que lhe causaram cegueira absoluta em um dos olhos e restrição majoritária da visão no outro, compunham um cenário que não favorecia o imaginário de uma gestação de sucesso para si. Em sua opinião foi a fé em Deus, e a prática religiosa, que conformaram em sua psique outras possibilidades – um pastor tocou em seu ventre, à sua revelia, e declarou um milagre, e um exame médico, meses depois desse fato, mostrou um útero sem vestígios de cistos. Sentir-se surpresa e interpretar a gestação como um ‘milagre divino’ foram consequências de tamanhas experiências.

Norma, casada há quase uma década, sofreu um aborto espontâneo de sua primeira gravidez, fruto de uma série de tentativas anteriores sem o resultado esperado. Antes de completar três meses, o feto apresentou um tipo de hidrocefalia que o impediu de continuar se desenvolvendo. Nas primeiras consultas, e até a realização do ultrassom morfológico de primeiro trimestre, no qual se extrai a translucência nucal (medida que detecta o risco de síndrome de Down e outras anomalias cromossômicas, bem como problemas cardíacos), Norma vivia sob o temor do feto apresentar uma nova anormalidade, e mais uma vez não sobreviver. E Manuela, que acabava de atravessar mais uma crise depressiva, sem contar com qualquer tipo de estabilidade socialmente desejável – uma relação afetiva ou um emprego garantido, como ela mesma exemplificou em entrevista – tampouco ser detentora de qualquer certeza sobre o desejo da maternidade, engravidara a despeito de tais parâmetros, dando início a um laborioso exercício de construção da aceitação da gravidez e de ressignificação de sua trajetória individual.

Considero que tinha acabado de sair da pior crise de depressão que já tive. Então estava muito recente ainda eu estar me sentindo segura, tranquila emocionalmente, e aí veio isso. Então eu tinha certeza que ia ser uma bomba, que ia me desestabilizar, e aí eu tive que cortar os remédios, cortar todas as bengalas emocionais que eu tinha, então por um certo tempo foi

desesperador, porque eu pensava não só que a própria gravidez... que eu ia acabar surtando no decorrer, sem ter todos esses suportes, mas como que eu ia fazer depois, ainda por cima, pra dar conta de uma criança tendo a cabeça estragada que eu sempre achei que tenho. Mas depois não, foi se ajeitando. (Manuela, Entrevista 3).

Outro importante trabalho que põe em cena a ansiedade como um aspecto central da experiência da maternidade contemporânea, contemplando, inclusive, a palavra em seu título, é o livro *Perfect Madness: Motherhood in the Age of Anxiety*. Nele, a jornalista norte-americana Judith Warner apresenta um ensaio de fôlego, a partir da entrevista com quase 150 mães e da convivência direta em reuniões semanais com dezenas delas ao longo de quatro anos, sobre a “confusão absoluta” (Warner, 2005, p. 4), a mistura de sentimentos profundamente perturbadores que, intensificados pelo elã da culpa e da produtividade, caracterizam as práticas maternas neste século XXI. Comparando a sociedade norte americana, onde nasceu e onde voltou a morar depois de um tempo como mãe, e a sociedade francesa onde morou por um tempo e viveu os primeiros anos de maternidade, Warner questiona, e nos convoca a fazer o mesmo, os elementos conjunturais que trabalham na produção do ideário de uma maternidade perfeita como o mais notável objetivo da vida de uma mulher, mesmo neste século XXI. Uma perfeição que parece indicar um ‘retorno’ a condições que pareciam superadas, como contam as dezenas de mulheres que se vêm mobilizadas a abandonar seus empregos e altos cargos, que levaram anos para conseguir, porque optam, ainda que insatisfeitas, pela tentativa de dedicar suas horas produtivas à maternar seus filhos e a prover-lhes de tudo – educação, apoio moral, caronas, consultas, aulas variadas de múltiplos talentos e esportes etc. “Esse coquetel sufocante de culpa, ansiedade, ressentimento e arrependimento está atualmente envenenando a maternidade entre as mulheres. [...] Não é depressão. Não é opressão. É uma mistura de coisas, uma espécie de excesso de tudo” (WARNER, 2005, p. 4). Segundo Warner, este excesso de tudo está relacionado ao papel que a maternidade ocupa neste século em relação ao status que adorna a infância em países desenvolvidos: crianças como sujeitos de direitos, criadas em parâmetros inatingíveis de competitividade para serem bem-sucedidas, num processo que deixa para as mães a permanente sensação de insuficiência e impotência.

Em campo, testemunhei alguns momentos caracterizados por esses sentimentos, especialmente porque pude observar que a expectativa da maternidade, que se intensifica com a evolução da gravidez, põe em cena um limiar entre a vida da mulher, que já acontece e funciona dentro de um ritmo, e uma vida que está por chegar, demarcada pela relação mãe-bebê e em contato com as outras relações que seguem plenas de resignificação. Numa das

tardes em que fazia campo acompanhando uma consulta de Marielle, testemunhei uma situação que caracteriza fortemente essa ansiedade frutificada pela idealização da responsabilidade materna sobre o futuro e o destino das suas crias. A enfermeira residente do dia, que ajudava a enfermeira-chefe a realizar o pré-natal na Unidade Básica de Saúde de Santa Luzia, estava muito sensibilizada porque era seu primeiro dia de trabalho após a licença maternidade, de seu primeiro filho. Entre uma parte e outra do protocolo de atendimento, ela não segurou o choro, ao contar que seria a primeira vez que seu bebê seria banhado por outra pessoa que não ela. Nesse instante Marielle saiu da condição de paciente, assumiu um papel de voz autorizada pela terceira maternidade a caminho, e aconselhou que a enfermeira não se preocupasse, pois em sua opinião o vínculo mãe-bebê não seria abalado pela situação.

Dizem que amor de mãe é incondicional, mas amor de filho é que é. Vão te amar sempre, não importa o que você fizer. Na segunda gestação eu me senti uma ótima mãe de recém-nascido e uma péssima mãe de uma menina de seis anos. Pensava: será que ela vai continuar me amando? E ela continuou. Então vai me amar até a adolescência! (ri). (Notas do Diário de Campo, p. 66).

É interessante observar que o discurso de Marielle, ao problematizar a incondicionalidade do amor materno na tentativa de aliviar a frustração de sua interlocutora, acaba por produzir uma idealização na outra ‘ponta’ da relação, sugerindo a incondicionalidade do amor filial. Não seria também este um modelo assentado em nosso inconsciente, que reconhece a efetividade dos laços somente a partir da expressão positiva dos sentimentos? Para a psicóloga e psicanalista Maria Lúcia Homem (2017) trata-se da propagação da ideia de que além do mito do amor materno vigora também no século XXI o mito do amor parental, que faz justamente com que a ideia sobre incondicionalidade amorosa seja estendida da maternidade à produção dos sentidos de parentalidade. Recorrendo ao conceito de ‘ambivalência’ na perspectiva de Freud, Homem expõe dificuldade social de assumir que amor e ódio, assim como todos os extremos das emoções, operam em todas as relações como elementos constituintes das mesmas, sendo a incondicionalidade uma espécie de fantasia trabalhando a favor da projeção de uma estabilidade emocional. “Tentamos resolver a ambivalência básica de todas as relações com fantasias e com pactos compartilhados inconscientemente”.

Observar a tessitura da maternidade contemporânea, os sentidos que a tangenciam, de fato nos põe em contato com um território pulsante de construção e frustração de expectativas. Sandra, à espera de seu primeiro filho, já participava da criação de seu enteado, um menino de seis anos. Quando soube que estava grávida, ela construiu o desejo de também gerar um filho

do sexo masculino, para assim ter o seu ‘próprio menino’. Quando soube que esperava uma menina, ela se sentiu frustrada, decepcionada, e passou a trabalhar na desconstrução de um imaginário a favor da construção de outro. E se ‘conformar’, verbo que ela mesma utiliza, com a ideia de ter um casal, explorando o potencial de complementariedade que lhe parecia ser fornecido pela presença familiar de crianças com ambos os sexos. Gerando uma menina ela proporcionaria ao marido as duas experiências, que julgava distintas, de ser pai.

Sabe quando você se prepara para fazer uma prova e quando chega lá não tem nada do que você estudou? Foi mais ou menos assim que me senti. Eu já tinha na cabeça a imagem do meu menino, e chorei ao ver que não teria mais. (Sandra, Notas do Diário de Campo, p. 25).

Antes de seguir, licença para um parêntese: para mim, que nunca havia refletido sobre as distinções culturais ou fisiológicas entre gestar uma menina ou um menino, e que me vi provocada pelo depoimento de Sandra, foi curioso aventar para os modos como as questões de gênero se engendram também nos processos gestacionais. As comparações entre os benefícios e os ônus de ser mãe de um ou de outro sexo, nunca estavam relacionadas aos aspectos biológicos de ser macho ou fêmea, mas a um imaginário, a uma formulação sobre os significados culturais desse acontecimento.

Ana diz que Karol vai descobrir agora como é difícil criar uma menina. Que meninas são tinhasas, disputam espaço com as mães, são autônomas. Karol responde que não vai ser assim porque ela vai ser amiga da sua filha, como foi amiga da mãe. Mas Ana insiste: “Você vai ver, ainda vai me contar. Criar menino é muito mais fácil”. (Notas do Diário de Campo, p. 44).

Para Marielle e Nina, que gestavam a terceira e segunda filha, respectivamente, havia também uma preocupação sobre como lidar com a expectativa dos filhos anteriores, e com a própria expectativa diante do novo cenário, sobre como ser mãe pela segunda ou terceira vez, sem negligenciar as demandas afetivas que já eram concretas em suas rotinas familiares. Essa preocupação esteve presente, inclusive, nas falas de outros interlocutores – profissionais de saúde, amigos, familiares – que vez ou outra, ao saberem de suas condições de mães pela segunda ou terceira vez, perguntavam sobre o cenário: se o filho menor estava com ciúmes, se entendia que vinha um irmãozinho, se era bem-vindo também para eles.

Joyce, a enfermeira residente, pergunta se as outras filhas de Marielle já sabem. Ela responde que sim, mas que só a maior entende. “Para a menor é tudo ainda muito virtual, e ela não sabe o quanto o reino dela está ameaçado”, conta em tom de brincadeira. (Notas do Diário de Campo, p. 24).

No segundo filho a gente já não é tão boba quanto no primeiro. Minha filha mais velha às vezes fica com ciúmes e diz que só compro coisas para o bebê,

e eu digo que ela é boba porque ganhou tudo novo, enquanto esse bebê não tinha nada até hoje. (Nina, Notas do Diário de Campo, p. 46).

Ao longo da convivência com as gestantes, especialmente com as múltiplas, observando como elas faziam para estarem presentes nas consultas, quais redes lhes davam suporte para que um pré-natal completo fosse possível, com quem deixavam seus filhos; e também vendo o quanto seus outros filhos estavam permanentemente presentes em seus discursos, isso quando não estavam presentes fisicamente, me senti instigada a observar se as experiências com uma maternidade anterior ajudavam a construir uma gestação mais tranquila do que uma maternidade de ‘primeira viagem’. Mais segura? Mais compartilhada com os demais sujeitos envolvidos? Ou mesmo se o suporte clínico, e às vezes emocional, oferecido pelo pré-natal tinha alguma influência na conformação de uma chegada menos tensa ou mais amena do bebê. E o que pude testemunhar, por suas falas e também por suas práticas, foi um elemento comum nessa preparação, que é justamente uma sensação permanente de não preparação, que perpassa a condição econômica, social ou mesmo psicológica das mulheres, tornando qualquer gestação um universo tangenciado por um mistério absoluto.

Não. Não. A gente nunca está preparada. Nunca. Nunca a gente está preparada para ser mãe, em momento nenhum. Nem da primeira vez, nem da segunda, nem da terceira. Porque você não sabe o que é que vai acontecer. Da primeira filha era tudo muito sonho. Ela foi planejada, eu tinha aquele sonho de ser mãe, e ser mãe de uma menina, então veio uma menina. Dessa aqui é mais realidade. Mas eu não sei como é que ela vai vir. Eu não sei como é que ela vai ser. Eu não sei se eu vou saber dividir o amor. Eu não sei se eu vou ter dinheiro pras duas. Eu não sei se amanhã eu vou estar casada ou não, como eu não fiquei da primeira vez. A gente tá junto tem oito anos, mas aquele junto que separou, voltou, sabe? É o futuro. O futuro a gente não sabe. Então tenho medo de não saber fazer, não saber dividir. (Nina, Entrevista 1).

Assim... agora eu já me sinto mãe. Estando com ela aqui eu já me sinto mesmo. Mas a gente só pensa que.... ‘ah, será que eu vou dar conta do recado?’... de saber fazer as coisas depois que ela já estiver comigo. Será que eu vou saber cuidar, fazer o que for necessário? Mas isso a gente vai aprendendo, né... no dia a dia mesmo. (Sandra, Entrevista 2).

Nada prepara. Acho que tudo é experiência. Vai ajudando, vai construindo essa maternidade. Mas eu tenho a impressão de que eu vou estar com, sei lá, 80 anos, e ainda vou estar na dúvida, ‘será que eu fiz isso certo?’. Sabe? Eu fico... eu já fui... (se emociona)... Tenho um medo constante de estragar tudo. E aí não é eu estragando as coisas pra mim, é estragando uma vida completamente indefesa e dependente de mim. Tanto enquanto ainda estava dentro de mim quanto agora que já está do lado de fora. Então eu ficava nessas pesquisas constantes, porque a minha forma de lidar é essa, é ter o máximo de informações possível pra tentar fazer as melhores escolhas, pra tomar as decisões certas, mas nem sempre tem. Por isso que eu falei que nada prepara, porque você vai descobrindo no decorrer... A maternidade é

isso, fazer escolhas difíceis o tempo todo, sem necessariamente ter uma escolha certa. E isso pra mim é muito difícil. (Manuela, Entrevista 3).

Não! (Rindo) Não porque a gente nunca... Depois de ser mãe é que a gente vê que a gente nunca está, e nunca vai ficar. A gente vai se preparando no meio do caminho. (Marielle, Entrevista 4).

Estar preparada para ser mãe adquire assim o sentido de ter controle sobre o futuro. De prever os riscos, os perigos, as situações, para pensar em como evitá-las, ou em como lidar com elas. Diante da impossibilidade de uma aquisição assim tão fantástica, as gestantes acabam por assumir que a maternidade se substancia dessa permanente incerteza; apesar da relação que previamente se estabelece com o bebê ainda dentro da barriga; apesar dos recursos médico-tecnológicos que auxiliam às futuras mães na construção de uma corporificação mais concreta do novo sujeito em formação; “quanto ao que acontecerá realmente uma vez que o bebê haja nascido, paradoxalmente, coloca-se no terreno da pura especulação e da invenção” (LO BIANCO, 1985, p. 115).

Além dos outros filhos, como no caso das mães múltiparas, dois outros personagens são permanentemente corporificados nas falas das gestantes como habitantes do imaginário da gestação e das práticas que a estruturam: a sua mãe e o pai da criança, que no caso dessa etnografia ainda era o companheiro de todas elas. Ainda que muito mais presentes nos discursos do que fisicamente durante o campo, tanto um quanto o outro, às vezes muito mais um do que o outro, emergem nas narrativas como elementos significativos das experiências.

Minha mãe participa de tudo. Tudo. Até porque o neném é dela. Eu só to carregando (ri). (Nina, Entrevista 1).

Rezende (2011) aponta que quando tem início uma gravidez tem também início uma transformação numa rede de parentalidade específica, “refletindo sobre como os laços são criados e sustentados e como as experiências e valores são transmitidos” (p. 529), e nas modernas sociedades ocidentais essa rede de parentalidade está relacionada à descendência comum. Essa presença, contudo, nem sempre se materializa de modo confortável para a gestante. Sandra já havia me contado que só avisaria sua mãe sobre o parto depois que tivesse acontecido, caracterizando-a como uma pessoa ‘agitada’ em demasia. Um dia nos encontramos coincidentemente um pouco antes da consulta, na Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF), e entendi os sentidos da dita ‘agitação’ a partir da atuação de sua mãe no consultório. Sandra convidou-a a ficar e acompanhar o atendimento também, mas pediu que ela fique calada e só observasse, recomendação plenamente desconsiderada. Primeiro sua mãe pediu que a equipe do pré-natal proibisse Sandra de seguir pilotando sua moto, o que ela

considerava um risco para a vida do bebê; depois, aproveitou o espaço que era da consulta de pré-natal para pedir que a enfermeira visse um exame seu, e verificasse sua pressão arterial; além de insinuações sobre o quanto Sandra teria engordado, sobre as varizes em suas pernas, dentre outras observações. Parte de uma família de muitas mulheres, Sandra elegeu sua irmã e sua avó para revezarem o acompanhamento do trabalho de parto e parto, já que seu marido se colocara, desde o início da gestação, como indisponível para acompanhá-la em todos os momentos de cuidado médico.

Também por desejar tranquilidade, Marielle só avisara sua mãe sobre o trabalho de parto no nascimento da primeira filha, justo pelo mesmo motivo da agitação. A memória de sua presença desesperada no hospital fora suficiente para não mais desejar que ela estivesse por perto no momento de dar à luz às duas outras crianças. Quando pergunto, durante a entrevista gravada, sobre a participação de sua mãe na gravidez ela responde de forma objetiva e bem-humorada: “Ficar com as crianças quando necessário”. Situação completamente diferente de Nina e de Manuela, cujas gravidezes e partos contaram com as presenças de suas mães de forma absolutamente implicada. Ambas vivem na mesma casa de suas genitoras, contam com seu apoio na criação dos bebês e as escolheram para acompanhar e apoiar seus partos. Por isso mesmo as conheci, as vi de perto participando do processo, ouvi suas expectativas. Mães que já eram, avós que seriam, sempre tinham muito a acrescentar e a questionar sobre as escolhas das filhas, sobre as recomendações profissionais.

Rezende (2011), ao avaliar como a gravidez é afetada pela rede de relações das gestantes em contextos urbanos, aponta que a crescente medicalização da gestação (discutiremos este fenômeno adiante) fez com o que o profissional de saúde, especialmente o obstetra, se tornasse uma voz fortemente concorrente à voz de familiares e/ou pessoas de maior intimidade e proximidade; não tendo sido esse, no entanto, um processo contínuo e homogêneo. Resgatando o estudo de Almeida (1987), que comparou os processos gestacionais de mulheres das décadas de 1950 e 1980, Rezende indica que no primeiro caso a maternidade era tomada como uma relação causal do próprio matrimônio, enquanto no segundo caso as mulheres tiveram seus filhos porque refletiram e escolheram fazê-lo, junto aos seus companheiros. Essa teria sido talvez a principal diferença, mas não a única, entre as gerações estudadas por Almeida. Nessa pesquisa, vemos que as mulheres também escolheram vivenciar a gestação e a maternidade, ainda que para muitas delas não tenha sido fruto de um planejamento, tampouco destino de um casamento. Uma escolha que se revela a partir de outros marcadores, dentre os quais destaca-se a crença religiosa e moral sobre o direito à vida, sendo a maioria delas de religião evangélica.

Um outro aspecto bastante significativo encontrado nessa pesquisa foi o fato de as recomendações de profissionais de saúde, (agora vistos mais como parceiros e monitores da gestação do que como autoridades que deveriam simplesmente ser obedecidas) ou mesmo de amigos, eram muitas vezes dotadas de maior credibilidade do que as recomendações de seus pais, destinados a participar da vida dos netos de forma limitada e regulada pela geração que maternou nos anos de 1980. Isso me ajudou a atentar para uma espécie de resignificação desse processo aqui no século XXI presentificado em campo, quando Marielle parece uma mãe dos anos de 1980, que atribuiu aos pais um papel bastante limitado na modulação da gravidez. Já Manuela se parecia mais com as gestantes que Rezende acompanhou em sua própria pesquisa, que atribuíam um espaço de relevância para a participação de suas famílias tanto na gravidez quanto no crescimento das crianças.

As mães, em particular, tornaram-se importantes fontes de informação e modelos de experiências de nascimento. Seu apoio durante toda a gravidez e depois o nascimento da criança foi considerado necessário. Mães expressaram opiniões sobre vários aspectos – se sua filha estava comendo muito ou não adequadamente, como ela deveria se relacionar com seu obstetra, e que ela deveria participar de uma gravidez no grupo de apoio como o estudado. (REZENDE, 2011, p. 540, tradução nossa).

A participação das mães é um tipo de participação muito diferente da provida pelos maridos/companheiros/pais dos bebês, cuja experiência com a gestação é vivenciada a partir de outros sentidos e materialidades que não uma barriga a crescer gerando um outro ser humano. Especialmente porque o ideário do ‘casal grávido’ (SALEM, 2007), que defendia e construía a proposta de que ambos os genitores deveriam ter uma participação ativa no aprendizado e na vivência de práticas gestacionais, preservando o ideal igualitário que emergiu como parte das discussões que fertilizaram nos anos 60, não corresponde a maioria das práticas que observei neste recorte. Conheci pessoalmente quase todos os maridos durante os meses de campo, mas somente um, cônjuge de Norma, tinha constância nesse âmbito de produção de cuidado. Ele estava presente em todas as consultas, palestras, exames, perguntando, denunciando, compartilhando dúvidas, discordâncias, percepções. Sobre os demais, pouco tenho a descrever, além do que me foi descrito por elas mesmas: pais presentes, apoiadores, interessados. No ‘casal grávido’, como a própria expressão demonstra, ambos deveriam participar de “todas” as etapas da gestação, sobretudo dos grupos de apoio à gravidez que já eram uma prática comum nos anos de 1980 no Brasil.

Ele não vem comigo nas consultas não, porque ele não gosta muito dessas coisas, acha chato. Mas ele acompanha sim, me pergunta muito quando eu chego, ‘como é que foi?’, conversa muito com ela na minha barriga,

pergunta se to bem, cuida de mim. 'Ah, não faz isso, faz aquilo', fica tomando conta. Mas vir nas consultas e nos exames ele não gosta. Veio só no primeiro ultrassom. (Sandra, Entrevista 2).

Acompanha. Acho que o pai tá mais ansioso que a mãe. Ai eu falo 'pera lá, vamos devagar, são 14 semanas ainda, vai evoluir'. (Karol, Entrevista 5).

Um dia, estando oportunamente conversando com Eliane sobre seus partos anteriores, com seu marido ao lado, e sabendo que ele havia acompanhado o nascimento da segunda filha, na tentativa de incluí-lo na conversa lhe pergunto se ele acompanharia também o terceiro nascimento. É ela quem responde por ele. Diz que ele só não esteve na primeira cesariana porque não estava na cidade, e que na segunda nem viu nada, porque estava ao lado dela. Timidamente ele a corrige e diz que viu sim.

Fiquei do lado dela dando força, mas quando começaram a puxar a bebê para tirar da barriga, de um lado para o outro, fiquei nervoso. Arrumei uma suadeira danada (ri). (José, Notas do Diário de Campo, p. 51).

O que vimos até aqui é que na formulação dessas maternidades em questão persiste como pressuposto a indissociabilidade entre maternidade e desejo, uma vez que a possibilidade do não desejo não existe enquanto materialidade legítima. Ou seja, ainda que qualquer uma dessas gestantes não desejasse a maternidade, e seus discursos lançaram alguns sinais dessa possibilidade, não seria possível reverter essa situação através de dispositivos legais e moralmente aceitos no território em cena. A busca pelo atendimento humanizado (que desenvolveremos a partir do próximo tópico) se insere num país que criminaliza o aborto cuja razão não se enquadre em uma das três únicas justificativas possíveis: em caso de risco de vida para a mulher causado pela gravidez, quando a gestação é resultante de um estupro, ou se o feto for anencefálico. Assim, manter a gravidez, assisti-la, provê-la de cuidado, e assegurar que nasça uma criança saudável, ainda que possa não ser esse o desejo – talvez o desejo inicial – da mãe, foi também um movimento que mapeamos em campo. “Trabalhar a aceitação” (Notas do Diário de Campo, p. 3) de uma gravidez não planejada, como parte das condutas que caracterizam um atendimento humanizado no SUS, é uma questão não nasce no atendimento clínico, mas se reverbera nele, expressando o sistema de crenças mais amplo da sociedade brasileira, que reprova moralmente a interrupção da gestação.

Na primeira consulta de Cida, Ana, a enfermeira que conduzirá seu pré-natal, pergunta se foi uma gravidez planejada, ao que ela responde que não. “Mas é desejada?”, prossegue. “Às vezes eu também ajudo a dar a notícia para a família”, diz Ana, direcionando o olhar a mim. Cida responde que está contente, e que é desejada sim. (Notas do Diário de Campo, p. 3).

Um dos grupos de estudantes presentes no encontro com as gestantes apresenta um vídeo de autoajuda sobre aceitação da gravidez. O vídeo foi escolhido por um dos alunos, do sexo masculino. É comovente, tem uma música apelativa, todos os presentes aplaudem no final. Mas eu fico pensando sobre essa doutrinação do ter o bebê a qualquer custo, de que toda dificuldade vale a pena e toda dor é passageira. Como mulher, isso me incomoda, como pesquisadora, vejo uma questão. (Notas do Diário de Campo, p. 13).

Foi interessante observar, portanto, alguns movimentos presentes no universo do atendimento que configuram expectativas da equipe sobre essa relação desejo-maternidade. A produção e divulgação, em um encontro de orientação para gestantes, de um vídeo sobre ‘aceitação’ da gravidez pode configurar que a ‘não-aceitação’ é parte das formulações presentes na interlocução clínica. Como expresso na fala de Ana acima, ela muitas vezes ajudou a gestante a dar a notícia para a família, com o intuito de facilitar a assimilação inicial do processo que se iniciava com a notícia positiva no teste de gravidez. Quando buscamos compreender os sentidos da maternidade/gestação do ponto de vista das gestantes, na sua inter-relação com a Política de Humanização tanto na teoria como na implementação nas práticas cotidianas, nos deparamos com os profissionais de saúde que não são entidades abstratas como ‘o atendimento’, ‘a atenção’, mas atores sociais concretos, geralmente mulheres que também são mães, e que muitas vezes se deslocam da posição discursiva de ‘profissionais da saúde’, para posições decorrentes de seus outros papéis sociais.

3.2 A TRAVESSIA

3.2.1 Deu positivo! Por onde devo seguir?

Historicamente, o pré-natal se consolida em termos de assistência à saúde como recurso legítimo e principal, especialmente por se encontrar num estágio de legitimação social praticamente consensual. Sobre isso, Cruz *et al* (2014) dividem a história do pré-natal em três principais fases. A primeira se caracteriza pelo período em que o acompanhamento da gestação consistia basicamente em aconselhamentos para que as gestantes cuidassem de suas emoções – manter a alegria, evitar a raiva e o medo – e de sua alimentação, período que vai do século VI a. C. ao século XIX. É onde surgem as primeiras iniciativas institucionais de proteção às mulheres grávidas em situação de vulnerabilidade, como a criação do Centro de Proteção de Madame Becquet, uma enfermeira de Paris, em 1892. A segunda fase teve início

com a sistematização do primeiro programa específico de atendimento às gestantes, pelo escocês John William Ballantyne, que mobilizou a sociedade e os governantes em torno da necessidade de criar hospitais de pré-maternidade. “Nessa época, o autor já afirmava que era difícil entender porque no início do século XX se dá tanta atenção a um mês no período puerperal e tão pouca aos nove meses de gestação” (CRUZ *et al*, 2014, p. 90). Em 1910 foi criada a primeira clínica especializada em assistência pré-natal, na Austrália, e em 1925 o primeiro serviço universitário para gestantes no Brasil, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E a terceira fase, que teve início na segunda metade do século XX e segue até hoje caracteriza-se “pelo advento de numerosas práticas, relacionadas principalmente à propedêutica obstétrica, e pela crescente valorização do conceito, em particular” (CRUZ *et al*, 2014, p. 90). A criação do PAISM na década de 1980 e do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, em 2000, são importantes marcos do modo como se caracteriza a assistência à gestante e ao bebê atualmente no país, conforme abordamos no capítulo 1.

Tendo em vista que as políticas de cuidados se transformaram ao longo do tempo, e pensando em como as mulheres se apropriam das formulações propostas pelo PHPN, esta etnografia se ocupou de observar como o itinerário de cuidado com a gravidez, em sua dimensão clínica, foi se conformando na prática, no cotidiano das mulheres acompanhadas. Por onde começa? Por onde continua? Quando elas descobrem que estão grávidas, e sendo usuárias do SUS, elas sabem minimamente por onde devem seguir? Como o Sistema organiza a assistência e regula o trânsito desses corpos em suas redes? O tipo de organização proposto funciona? Simbolicamente, o que essa organização significa, ou mesmo determina? É Ana, enfermeira obstetra, quem nos explica como costuma iniciar-se a trajetória no cotidiano.

São três as principais formas de ingresso, ou de captação, da cliente no pré-natal: a suspeita da própria mulher, ‘eu acho que estou grávida’, que vai ao posto de solicita um atendimento, que deve ser prioritário; através do agente comunitário de saúde, que conhece o território e pode encaminhar o atendimento; ou através de familiares e amigos, que fazem a marcação pela gestante. (Ana, Notas do Diário de Campo, p. 1).

Essa ideia de ‘captação’ é um aspecto central da atenção dispensada pelo Sistema Único de Saúde porque caracteriza o *start* de um processo que poderá ou não resultar em um pré-natal bem-sucedido do ponto de vista de quem promove a política pública na prática – as equipes que produzem o pré-natal e que assistem o parto e o puerpério. O objetivo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde em junho de 2000, e que segue em vigência no SUS, é que essa captação ocorra ainda

no primeiro trimestre gestacional, antes da 12ª semana de gravidez. Uma vez captada, essa gestante deve passar por uma ‘classificação de risco’ ainda na primeira consulta, momento onde são fornecidas às gestantes as principais informações iniciais e onde se estabelece uma espécie de contrato simbólico a respeito dos protocolos que comporão a trajetória de cuidado instituída a partir desse contato inicial. Numa primeira consulta de pré-natal, em tese, a gestante aprende sobre a fisiologia da gravidez, sobre como funciona o acompanhamento no SUS (quantas consultas, exames, vacinas), sobre alguns de seus direitos civis que se ampliam enquanto gestantes etc. Ela também ganha um número, se ainda não tiver um, de prontuário eletrônico individual do E-SUS, onde serão indexadas todas as informações relativas ao seu acompanhamento. E uma Caderneta da Gestante, documento/livreto na qual serão anotadas todas as questões relativas à sua rotina de pré-natal e que a acompanhará até o dia do parto. Em tese, a mulher deve sair da primeira consulta com alguns exames que compõem a rotina de primeiro trimestre agendados (sangue, urina, ultrassom), bem como seu retorno para a próxima consulta ou seu encaminhamento para uma unidade de atenção especializada em caso de classificação de alto risco.

Cruz *et al* (2014) defendem a importância da primeira consulta na construção da credibilidade do profissional junto à paciente, como uma demonstração da preparação da equipe para assegurar um atendimento profícuo à gravidez em curso. Para os autores, grande parte da expectativa das gestantes sobre a assistência se fundamenta nesse primeiro contato com a equipe de saúde que as acolhe. É importante destacar que o documento que institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a Portaria 569/MS, não contém os “princípios filosóficos do cuidado” humanizado (SERRUYA, 2004), e portanto não contém orientações mais aprofundadas sobre as posturas individuais que os profissionais de saúde devem desenvolver no contato com as gestantes, sendo esse um aprendizado disponível em vasta bibliografia não homogênea destinada a discutir os princípios e significados na humanização no concernente às práticas de pré-natal. E sendo esse, principalmente, um entendimento e um exercício ético/político da questão. A portaria traz, contudo, algumas formulações discursivas de relevante registro: “o atendimento digno e de qualidade”; “de forma humanizada e segura”; “receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades” (BRASIL, 2000, p. 4). Segundo Ana, a burocracia, que ela caracteriza também como uma experiência humana tanto quanto institucional, se configura como uma falha no cuidado porque tende a “engessar” o processo, de modo que ele caiba na rotina do serviço e do profissional, mesmo que essa rotina seja inconveniente para a gestante e sua família.

Então... primeiro a gente deve desburocratizar para receber a gestante, a meu ver, e também é o que é previsto pelo Ministério da Saúde, pelos órgãos governamentais. Desburocratizar, facilitar o acesso. Porque afinal de contas, quanto mais precoce a gente atender, começar a assistência, as vitaminas, pedir exames, classificar a gestante como gestante de baixo risco ou de risco, colocar ela no fluxo né... se vai ficar na Unidade de Saúde ou se vai para um serviço especializado... Isso diminui as chances de problemas. Então a primeira consulta é aonde a gente vende o peixe, é aonde a gente cativa a cliente⁵, cria um vínculo, principalmente se for primeiro filho. A gente dá noções de embriologia, pelo menos eu faço isso, mostro figuras, sempre trabalho ilustrando, porque acho que a imagem fala mais que mil palavras... é uma fala pronta né, nem é minha... então, assim, ela tem que ver que esse serviço vai acolher de fato quando ela precisar. A gestante não enfrenta fila, ela tem que sair daqui com uma data agendada, ou então com uma garantia de que ela vai voltar e vai ser recebida. Se a gestante tiver uma primeira consulta desastrosa, com pouco vínculo, com pouca verdade, a chance desse pré-natal fluir mal é grande. (Ana, Entrevista 6).

Pelo PHPN o município onde reside a gestante deverá garantir os seguintes procedimentos: realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento; realização dos seguintes exames laboratoriais: a) ABO-Rh, na primeira consulta; b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; c) Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; e) HB/Ht, na primeira consulta; oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes; aplicação de esquema completo de vacina antitetânica, Hepatite B, Influenza e dTPa (BRASIL, 2002). Esses procedimentos configuram aquilo que Ana denomina de “cesta básica de exames”, que incluiu recentemente o exame de eletroforese de hemoglobina, que detecta a existência de anemia falciforme.

Também em tese essas consultas são intercaladas, uma vez médico, outra vez enfermeiro. Na Unidade Básica de Saúde do Bairro Industrial esse esquema funcionou de maneira ortodoxa, sem alterações. Já na Unidade Básica de Saúde da Família de Santa Luzia, Ana é praticamente responsável pela totalidade de consultas de pré-natal de baixo risco de sua equipe (são cinco equipes atuando nessa Unidade, no total), ficando o médico sob alerta para

⁵ Existem várias discussões no campo da Saúde Coletiva sobre a melhor forma de definir o sujeito atendido no Sistema Único de Saúde (SAITO et al, 2013), sendo as denominações ‘usuário’, ‘cliente’ e ‘paciente’ as mais comumente utilizadas, sendo cada uma dotada de sentidos diferenciados. Ana prefere chamar as gestantes que atende de ‘clientes’ porque defende que os profissionais de saúde prestam serviços aos cidadãos, que pagam por eles. Enquanto a expressão ‘paciente’ é carregada do sentido de passividade, que não caracteriza o cuidado com a gestação, em seu entendimento.

possíveis intercorrências, e responsável pelos atendimentos de urgência quando necessário. Nas situações em que o pré-natal passou a ser realizado na Acispes, ou no PAM Marechal, unidades especializadas, ou em algum hospital (predominantemente o Hospital Regional João Penido), as consultas foram realizadas por médicos obstetras, contanto frequentemente com a presença de outros médicos e também enfermeiros residentes em Obstetrícia.

Na UBASF do Bairro Industrial desenvolve-se (ou desenvolvia-se à época da pesquisa) um projeto de extensão em parceria com o curso de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, no qual odontólogos fazem estágio no atendimento de gestantes e mulheres no puerpério. Apenas a título de contextualização é importante ressaltar que tanto durante a gestação quanto após o nascimento do bebê a dentição é bastante afetada pelas mudanças fisiológicas inerentes a esses processos, e a qualidade da saúde bucal influencia na boa cadência do trabalho de parto e parto. Sandra, paciente dessa Unidade, participou do projeto e cuidou de sua dentição em várias etapas do pré-natal. Acompanhei em campo uma dessas consultas, e foi interessante perceber a interdisciplinaridade possível em um nível de atendimento básico: todos os procedimentos eram anotados na Caderneta da Gestante, que inclusive já possuía espaço previsto para o registro de tais ações setoriais.

Quando a gestante deixa de comparecer à uma consulta de pré-natal, a equipe que a atende deve adotar a postura da ‘busca ativa’, que consiste numa mobilização para compreender as razões da ausência e para realocar a gestante no itinerário de cuidado. Como Ana repetiu inúmeras vezes durante o campo, “a gestante não pode ficar solta no Sistema/não fica solta no Sistema”, o que significa que controlar esse fluxo, o trânsito desse corpo, é sim uma meta da política de atendimento, especialmente quando a Unidade já é uma Unidade de Saúde da Família, ou seja, já tem o território e o agente comunitário de saúde como elementos centrais da prestação de cuidado. Como a formação do vínculo é um dos movimentos recomendados pelos atores sociais que defendem a PHPN, mesmo quando a gestante é encaminhada para uma unidade especializada, ela permanece tendo a Unidade Básica de Saúde do seu bairro como referência. Não podemos afirmar que quando as gestantes ingressam de outras maneiras no Sistema essa lógica permanece preponderante, mas no caso das gestantes acompanhadas nessa pesquisa, que tiveram seus pré-natais iniciados na atenção básica, o processo de cuidado clínico com a gravidez de fato decorreu como o previsto.

No entanto, quando uma gestante entra no SUS mais tardiamente, esse fluxo não se configura como um itinerário tão claro ou naturalizado. Manuela, que fez a maior parte de seu pré-natal através de seu convênio privado, entrou no sistema porque desejava realizar seu parto em um hospital público de referência em parto humanizado na região, o Hospital

Regional João Penido, e por essa razão fez suas últimas consultas de pré-natal no estabelecimento.

Se fosse uma coisa para eu começar desde o início, eu nem sei como que seria, aonde eu iria, como que faria. Eu fui no hospital para conhecer o lugar onde eu queria parir, pela questão do incentivo que eles têm pelo programa de parto humanizado. Só que naquela altura eu já estava passando uma certa raiva com o médico que eu estava fazendo o pré-natal no convênio, e lá no Hospital Regional João Penido perguntei se tinha como marcar uma consulta, ter algum atendimento com o médico de lá pra eu conhecer alguém da equipe, perguntar coisas de como era lá. E disseram que ou seria um atendimento emergencial, que eu não estava precisando, ou então eu poderia marcar uma consulta de pré-natal. Então eu marquei essa consulta. E aí seria lá mesmo, seria com o médico que é da equipe de lá, algum dos plantonistas. E aí coincidiu de na minha consulta seguinte pelo convênio o médico me fazer passar mais raiva do que já tinha feito até então, e eu chegar no ponto de decidir que não ia voltar mais nele mesmo. Estava me fazendo mais mal que bem. (Manuela, Entrevista 3).

O fato de Manuela sentir-se mal com relação ao atendimento que vinha recebendo no convênio diz respeito ao fenômeno que Veleza (2015) denominou de “construção cultural da incompetência de mulheres gestantes para gestar e parir no subsetor suplementar de saúde”. A autora faz uma interessante discussão sobre os modos como os obstetras acompanhados em sua tese vão paulatinamente desconstruindo no imaginário das gestantes por eles atendidas, suas capacidades de vivenciar experiências de parto contra hegemônicas porque mais distanciadas das intervenções biomédicas, marcadas pela autoridade do médico e por intervenções medicamentosas. É uma etnografia que destaca o que a autora classifica como violências físicas e simbólicas presentes nos momentos de interlocução clínicos, que acabam por desapropriar as mulheres de seus corpos e escolhas, e que são fundamentadas no grau de penetração social que o modelo tecnocrático de cuidado alcançou na assistência suplementar. Também nesta etnografia Manuela declarou, em algumas de nossas conversas, sentir-se desrespeitada em suas dúvidas, desconsiderada em seus desejos e impotente em relação à produção de sua própria segurança e autonomia para gestar e parir; e por isso mesmo resolveu primeiro que não mais faria seu parto com o médico do plano e segundo que também desistiria de continuar frequentando suas consultas.

Para Marielle, que é enfermeira obstetra, doula e também vivenciara seu primeiro pré-natal e parto no sistema suplementar, a ideia de um itinerário regulado pelo sistema público fora engendrada ainda durante seu processo de formação. E agora era seu corpo político que, por escolha sua, servira de instrumento para o aprendizado de outros estudantes. Ela fez a maior parte do seu pré-natal numa unidade básica de saúde do SUS, mas não por residir no bairro atendido pelo estabelecimento, ou por ter sido encaminhada para lá dentro da lógica da

rede, mas pelo fato de Ana ter sido preceptora em sua formação, e o vínculo ter se formado por uma referência anterior à condição de gestante.

Na primeira gestação eu fiz um pré-natal todo pelo convênio, tive parto pelo convênio e, enfim, depois julguei que não foi um acompanhamento salutar, e já na segunda gestação quis fazer diferente. E aí eu tinha uma enfermeira obstetra amiga, e uma médica amiga, que poderia intercalar as consultas de uma e de outra, e deu muito certo. Aí agora queria repetir esse feito, só que essa médica amiga está de licença maternidade porque acabou de ganhar bebê, e enfermeira obstetra amiga está adoecida, com câncer, então não pude contar com ela logo de cara. E Ana era uma possibilidade de afeto, porque sempre gostei muito dela, e ela nem titubeou. Quando eu perguntei ela topou na hora, ‘claro, venha’, e uma coisa que eu pedi pra ela foi ‘olha, eu queria, se você pudesse, que as consultas fossem feitas também por alunos da pós, que é uma coisa que eu já vivi e tinha uma coisa de que tinha que retribuir a formação que eu tive, oferecendo a mim mesma como campo de estudo para minhas colegas. (Marielle, Entrevista 4).

Vale resgatar aqui um argumento que perpassa esta etnografia, e que aparece com muita nitidez neste ponto do percurso: a busca pela humanização no pré-natal e no parto para as gestantes acompanhadas nos aponta que o conflito público x privado presente na assistência à saúde no Brasil emerge também na assistência ao pré-natal e ao nascimento, em suas especificidades de campo. As duas mulheres citadas nos dois parágrafos anteriores, Manuela e Marielle, migraram da assistência privada para a pública porque desejavam vivenciar a possibilidade de um pré-natal e um parto humanizado, alinhando-se aos “princípios filosóficos de humanização” (SERRUYA, 2004) que são tensionados e apropriados pela PHPN – um parto que se produza de modo menos “centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático” (SERRUYA, 2004). Não estou afirmando, contudo, que exista um consenso na interpretação do que seja uma assistência humanizada no SUS, mesmo dentre os atores sociais mais engajados na questão; assim como não é possível afirmar que toda a assistência assegurada pelos planos de saúde seja desumanizada e desumanizante; seria um erro e um perigo incutir essa generalidade. O que estou dizendo é que o SUS institucionalizou um ‘modelo humanizado de assistência’ através da formulação de uma política oficial e da determinação de sua implantação, fazendo desse modelo um paradigma de cuidado. E isso aconteceu enquanto o sistema suplementar sustentava o modelo tecnocrático como padrão de sua assistência.

Assim, os ativistas do parto humanizado, mulheres especialmente, – doulas, profissionais de saúde, pesquisadores – mobilizados nas redes sociais virtuais e presenciais – trocam experiências sobre este cenário permanentemente, ajudando a formular e assentar representações sobre o mesmo, que ainda se encontram mais identificadas com as práticas de

assistência pública ao parto. Em Juiz de Fora basta fazer parte de um grupo sobre parto humanizado no *Facebook* para adquirir uma referência de que o lugar mais indicado para parir ‘o mais natural possível’, de forma a ‘respeitar-se o tempo da mulher e da criança’, dentre outros sentidos atribuídos à expressão humanização, é no Hospital Regional João Penido. Atualmente é possível perceber um investimento privado local em práticas assistenciais tomadas como humanizadas: dois hospitais reformaram seus setores de obstetrícia e restituíram suas equipes de atendimento de modo a investir na realização de partos vaginais, menos intervencionistas, fora de centros cirúrgicos, em salas amplas que permitam o acesso permanente de familiares, que possibilitem o acesso a dispositivos terapêuticos farmacológicos e alternativos (bola de pilates, banheira) etc, e fizeram dessa oferta também um novo mercado de consumo, em franca ascensão no município.

Aliás, a trajetória de Marielle, meio SUS meio convênio particular, é um exemplo interessante para refletirmos sobre esse conflito público x privado também numa perspectiva de organização estrutural da oferta de exames e procedimentos. No momento de fazer a solicitação dos exames, Marielle e Ana optavam por não usar o guia de encaminhamento do SUS, que uma vez assinado por Ana perdia a validade na rede conveniada, que exige a assinatura de um médico a fim de tornar legítimo o pedido. Sendo Ana enfermeira, Marielle optava por solicitar o encaminhamento ao sogro, que é médico da rede conveniada, e de posse dos resultados os levava para serem analisados por Ana. E todas essas manobras se transformavam em assuntos partilhados durante as consultas.

Ana diz que vai encaminhar o pedido de exames, que devem ser assinados por um médico, já que os laboratórios privados não aceitam ainda pedido de enfermeiros. “Quem são eles na fila do pão?”, brinca Marielle. “Um sistema su-ple-men-tar, o nome já diz, que quer ser maior que o Ministério da Saúde”, responde Ana de forma descontraída. (Notas do Diário de Campo, p. 40).

Grande parte do que foi dito até aqui, contudo, diz respeito ao modo como a política pública prevê uma trajetória de cuidado para uma gestante do ponto de vista clínico. Contudo, percebi ao longo do campo que essa dimensão do fluxo abarca diversas outras vertentes quando se toma como ponto de partida a percepção e o desejo das mulheres, a “rede complexa de escolhas possíveis” (GERHARDT, 2006). As trajetórias de Manuela e Marielle, de certa maneira, já fogem um pouco dessa abordagem pré-determinada, indicando que existem outras maneiras de ingressar no Sistema, de construir um pertencimento e de negociar com a própria condição que lhes é colocada como norma. Sandra não residia mais na região que fazia parte do escopo de atenção da UBASF do Bairro Industrial. Tendo mudado de endereço antes da

gestação, ela deveria ter mudado também sua unidade de referência, mas não foi o que ela decidiu fazer. Usando seu endereço antigo, foi atendida durante todo o pré-natal na unidade escolhida.

Pergunto se Sandra mora perto, e ela me diz, baixando o tom da voz, que mudou há um tempo para o Carlos Chagas [bairro], mas não procurou atendimento na UBASF de lá porque prefere a que está, por ser mais nova e organizada, e porque já era atendida lá antes da mudança. (Notas do Diário de Campo, p. 5).

Bonet *et al* (2009, p. 242) argumentam que “o fato do sistema de saúde ser um sistema – ou seja, ter características não lineares mas circulares” faz com que os usuários interfiram nos processos de cuidado que lhes são propostos, já que eles não são entidades passivas ou caixas donde se depositam políticas encerradas por gestores. Por essa razão os autores defendem, em um primeiro momento, ser mais adequado pensar em termos de “usuário-centrado”, tomando-os como sujeitos que “encontram-se no meio do processo, do fluxo e por isso mesmo produzem interferências no curso dos acontecimentos” (BONET *et al*, 2009). Dessa maneira, quando os processos de avaliação das políticas em curso deixam de centrar no sistema e seus atores e se deslocam para o usuário e seus movimentos, os processos de cuidado se fazem notar e compreender em suas nuances mais fluidas e relacionais.

Olhar para o usuário como sujeito ativo, relativizando a visão de quem planeja os serviços de saúde, implica interessar-se por aquele que, ao desenhar suas buscas de cuidado em saúde, imprime uma lógica singular de utilização e de fluxo nos serviços de saúde. (BONET, 2009, p. 242).

Adiante, os autores apontam ainda que mudar o foco do sistema para o usuário é fundamental, mas talvez não seja suficiente para dar conta da complexidade dos processos de cuidado, e por essa razão indicam que também é necessário compreender o usuário em situação, movimentando-se durante a sua própria experiência. Portanto compreender o usuário como um mediador, pondo ênfase nas relações que entram em jogo nos processos de cuidado e nos modos como as identidades dos sujeitos acionam diferentes sistemas de conhecimento e pertencimento.

Vejamos o caso de Norma, que produziu um modo peculiar de dar início e de organizar sua trajetória. Ela residia no bairro de Santa Luzia, a UBASF de lá era sua unidade de referência, e ainda assim ela decidiu por conta própria buscar um acompanhamento também no PAM Marechal, unidade para onde são encaminhadas gestantes de alto risco. A razão para essa decisão se encontrava em seu feixe de relações: como constituíra um vínculo com o médico obstetra que a atendera na gestação anterior, que evoluiu para um aborto

espontâneo, Norma desejou ser atendida pelo mesmo médico nessa gestação, e ele atendia nesse serviço especializado. E assim, pelo duplo vínculo, com Ana e com o obstetra, ela basicamente fez dois pré-natais na rede pública, sem que o Sistema tenha instituído ou interferido em tal conduta. Ela marcara a primeira consulta com o obstetra através da troca de mensagens por celular, caracterizando o acesso livre que ela tinha ao profissional em questão, não precisando vivenciar o fluxo tradicional de encaminhamento que acontece no SUS, quando o acesso à atenção secundária dá-se apenas após encaminhamento proferido por profissional de atenção primária.

O processo de Sara também aponta indícios de como sua rede de relações e sua identidade como sujeito influenciaram em seu processo de cuidado. Com doze semanas de gestação ela sofreu um descolamento de placenta, em casa, durante uma noite de repouso. Teve um sangramento sério, foi internada na Santa Casa de Misericórdia por orientação de Ana e permaneceu dois meses em repouso absoluto, até o hematoma se desfazer e a placenta voltar a aderir ao útero. Por essa razão, pelo risco de perda gestacional, ela foi encaminhada para atendimento no Hospital Regional João Penido. Depois de algumas consultas nesse estabelecimento, no entanto, Sara pediu para ser encaminhada para outro serviço, a Acispes.

Pergunto à Sara por que ela está fazendo pré-natal na Acispes agora. Ela diz que pediu o encaminhamento à Ana por causa da distância de sua casa até o João Penido. Durante a greve dos caminhoneiros, uma ida de Uber para o hospital estava em torno de R\$70,00. De fato, deixamos de ir a uma consulta não só pelo preço da viagem, mas porque nem sequer a corrida foi aceita. Mas tem também um outro aspecto, de ordem mais subjetiva. Ela sente que no João Penido as pessoas são muito pessimistas. O clima era sempre de medo e angústia, como se a qualquer momento ela pudesse perder o bebê. Além disso, ela descobriu em sua rede de contatos que para as mães que fazem pré-natal na Acispes, os filhos são acompanhados e assistidos até os doze anos, o que a anima imensamente (Notas do Diário de Campo, p. 32).

Essa insatisfação com o clima do atendimento de um determinado local ou equipe, apontada por Sara, também esteve presente na trajetória de cuidado de Karol. Por fazer uso contínuo de medicamento para controle de epilepsia, ela foi encaminhada para atendimento especializado na mesma Acispes escolhida por Sara. Mas ao contrário de Sara, sua experiência não foi significativamente positiva nesse serviço. A distância do estabelecimento à sua casa, que lhe condicionava a sair muito cedo e fazer uso de dois ônibus para estar presente nas consultas, o excesso de informações e de recomendações que eram parte da rotina do lugar e que a deixavam deveras confusa, e por fim o modo como não foi acolhida diante dessas questões, narradas em consulta, a fizeram solicitar desligamento do

encaminhamento e retorno à rotina de pré-natal apenas na UBASF de Santa Luzia. Essa experiência rende, inclusive, uma discussão sobre práticas de humanização do atendimento, que faremos adiante.

Na sala de espera da Acispes, Karol me diz que vai pedir pra sair do serviço, que não é vantagem vir aqui porque está gastando muito com ônibus. Diz que é longe demais, fora de mão demais. “E o aparelho [de ultrassom] daqui é ruim, não dá pra enxergar nada. Então se eu posso fazer o pré-natal no posto, se posso fazer tudo que não tem lá pelo plano de saúde pago pela empresa onde trabalho, não é vantagem vir aqui. Com esse dinheiro eu podia estar comprando uma carne, uma fruta, adoro fruta”. (Notas do Diário de Campo, p. 36).

Neste sentido, ao mesmo tempo em que existe uma rede de assistência com um fluxo previsto para gestantes no SUS, existe também uma negociação em torno do itinerário preconizado, que resulta na construção de outros itinerários possíveis. Estes, por sua vez, não se fundamentam apenas na escolha pela gestante de um serviço de referência, mas nos modos como aprende a usufruir e potencializar a oferta de procedimentos no SUS. Muitas vezes as gestantes estendem a “cesta básica de serviços” do pré-natal por compreenderem e internalizarem a condição que vivenciam de prioridade na rede. Como aponta Frota (2014), em cenários como o agora discutido, onde estão em jogo a presença do Estado para assegurar o cuidado, “a mulher se utiliza da identificação com a maternidade e os cuidados maternos, ou seja, com seu corpo maternal, para assegurar principalmente o direito à saúde e à assistência material”. Nina, baseada na experiência com a gestação anterior, teve acesso a um número maior de exames do que o ofertado pelos protocolos de pré-natal, pois sempre que desejava “ver sua filha” ia à alguma emergência hospitalar, necessitando ou não de um atendimento desse tipo, e saía de lá com um ultrassom realizado.

Eu tenho plano de saúde, minha vida toda eu fui assistida por plano de saúde. Primeiro pelo do meu pai, depois pelos meus, dos meus trabalhos... Só que pra gravidez o SUS funciona. Sei disso por causa da gravidez da minha primeira filha. São muitos exames no pré-natal, e se eu fosse fazer pelo convênio acabaria pagando caríssimo, porque hoje meu plano de saúde é co-participativo. E demora demais para você conseguir marcar uma consulta, além do fato de que você só tem consulta uma vez por mês, e no meu plano, se não comparecer àquela consulta marcada, a segunda tenho que pagar. E no SUS não. Ele funciona para grávida. O exame que eu faço hoje como grávida no SUS eu não faço sem estar grávida no SUS. É diferente o tempo de entrega desse exame, é diferente o tratamento que você tem para fazer esse exame. Até agora eu acredito, eu não tenho certeza, mas acho que no SUS a gente tem direito a três ultrassons. E eu já fiz, pelo SUS, seis ultrassons. Porque como a gente sabe que funciona, vai lá na maternidade, fala que tá com alguma coisa, e eles te dão um ultrassom, pra ver o neném, saber como tá a situação dele. Na maternidade, na Santa Casa... pra você ver como é que funciona! (Nina, Entrevista 1).

Nesse momento gostaria de estender um pouco as considerações sobre essa negociação em torno do itinerário usando a trajetória de Sandra como exemplo. Antes dela, nunca conhecera ninguém tão apaixonada por ultrassom. Digo essa palavra, com o perdão da informalidade, porque não vejo outra que mais traduza o sentido desse exame em sua gravidez. Ela pediu encaminhamento para realizar um em praticamente todas as consultas de pré-natal, e algumas vezes chegou até a realiza-lo por desembolso direto. O que me surpreendeu nessa prática não foi apenas o fato do seu processo de negociação ter resultado em relativo sucesso dentro da sua expectativa de cuidado, de quanto mais exames, melhor; mas também o fato de que evidência científica nunca foi uma preocupação para Sandra. Ela não pensava na possibilidade de que uma quantidade grande de ultrassons poderia afetar a formação do seu bebê de alguma maneira, ou que não havia nenhuma necessidade clínica para isso, mesmo quando a médica trouxe à tona-a questão. Ela fazia porque adorava ver a neném na barriga, e mostrá-la aos outros também.

Sandra pede outro encaminhamento para ultrassom obstétrica. A médica fornece, mas explica que não é necessário. “Pelo que é preconizado, vocês não precisariam fazer ultrassom quase nunca, apenas em casos em que o exame fosse ajudar a resolver alguma intercorrência. Numa gestação saudável não precisa. A gente solicita porque vocês gostam”. Sandra concorda, e diz que por ela faria ultrassom a cada 15 dias. (Notas do Diário de Campo, p. 33).

Embora o ultrassom tenha sido o campeão no número de encaminhamentos que Sandra solicitou, a extensão dos pedidos incluiu também exame de sangue para verificar sua anemia crônica, exame de urina para checar se estava com infecção urinária, encaminhamento para oftalmologista para tentar obter um laudo favorável à realização da cesariana, fora as consultas e procedimentos com odontólogos. Pedidos de medicamentos, sempre que possível, também eram parte da rotina da gestante, mesmo quando os profissionais de saúde insistiam que algumas coisas poderiam ser resolvidas com alimentação, prática de atividade física ou repouso. Sua crença na farmacologia era realmente inabalável.

Eu realizo o exame de urina e o exame de sangue para controlar uma anemia que eu tenho desde criança e que não passa, e ainda não consegui também descobrir que tipo de anemia é. Aí eu faço esse acompanhamento. E ultrassom também. Mas ultrassom é mais porque eu peço mesmo. Como tá tudo bem, graças a Deus, elas não me pedem ultrassom não, eu mesma que solicito e elas me dão o pedido. (Sandra, Entrevista 2).

O que estamos pontuando é que essa relação com os itinerários de cuidado propostos pelas equipes de saúde, sensivelmente medicalizada, está em permanente simbiose com outras dimensões da vida das gestantes: seus conhecimentos acerca de como funciona a rede de

assistência, suas memórias, suas crenças religiosas (ponto que abordaremos posteriormente), até mesmo suas percepções sobre o que é certo e o que é errado em torno do usufruto das políticas públicas. Nessas dimensões residem muitas diversidades, formas não uníssonas nem homogêneas de enxergar e desejar o cuidado, de possibilitar e de permitir que as práticas aconteçam conforme são formuladas institucionalmente, e também de agir sobre suas formulações, a partir do trânsito individual de seus corpos. Se por um lado algumas das gestantes acompanhadas faziam muitos exames porque se adaptavam à rotina medicalizada do pré-natal, ou porque sabiam como obtê-los e tinham a percepção de que esse era um modo de usufruir de um SUS que funciona, por outro lado outras grávidas não manifestavam interesse em nada mais que o extremo necessário, ou em nada mais além daquilo que não pudessem arcar com seus próprios recursos.

Durante o período de chuvas em Juiz de Fora, na UBASF de Santa Luzia ouvi várias vezes a pergunta sobre se a gestante era cadastrada no Bolsa Família, pois teria direito a ganhar repelentes que as prevenissem de picadas do *Aedes aegypti*. Cida, que tinha seu emprego, respondia que não tinha o benefício e nem desejava ter, que estava correto que somente essas gestantes recebessem os repelentes, pois o recurso deveria servir a quem dele precisasse, e que ela mesma compraria o seu. Marielle usava os encaminhamentos de exames que recebia nas consultas para solicitar os mesmos através de seu convênio privado, afirmando não querer usar um recurso que seria mais útil a quem não pudesse pagar por ele. E Karol, quando resolveu abandonar o programa de atendimento da Acispes e seguir fazendo o pré-natal apenas no posto de saúde, chegou a mencionar que não achava certo ter acesso a dois serviços quando muitas mulheres sequer tinham acesso a um. Estava em jogo uma discursividade moral, que se relacionava com a noção de um Sistema com recursos limitados. E também com a experiência de um Sistema com boas referências no tocante ao parto humanizado, mas cuja tecnologia empregada causava reservas em comparação com as tecnologias disponíveis nos serviços privados de saúde. Essa crença no sistema público, que às vezes aparece e às vezes desaparece nos discursos, é uma variável que me parece interessante. Apesar de acreditar na maternidade em que trabalha e onde pretende realizar seu parto, Sara me disse uma vez que acreditava não ter ouvido o coração do bebê porque fez seu primeiro ultrassom pelo SUS, diferentemente do primeiro filho, cujo exame particular garantiu a escuta com poucos dias de gestação.

Ainda nessa dimensão da relação/negociação das gestantes com os itinerários propostos, e vice-versa, para finalizar este tópico eu gostaria de fazer algumas observações sobre o fato da prática clínica no SUS, seja ela realizada numa Unidade Básica de Saúde ou

num consultório de hospital, ser uma prática clínica também voltada para a formação dos profissionais de saúde, pois isso, em algumas situações, funcionou como um elemento para as gestantes se sentirem mais ou menos confortáveis com o atendimento. Por prática clínica de formação entende-se o fato de que em praticamente todas as consultas de pré-natal (exceto naquelas realizadas na Acispes) estavam presentes, além da equipe de Saúde da Família ou do médico plantonista, um ou mais residentes na área de Obstetrícia. Na Unidade Básica de Saúde de Santa Luzia o fluxo de enfermeiros em estágio era tão dinâmico que eu sequer conseguia guardar seus nomes ou semblantes. Em cada consulta Ana estava lá fazendo esse duplo papel: atendendo a gestante e ensinando os novos enfermeiros como fazer o mesmo. Apenas um adendo: é interessante perceber que havia uma fragmentação que se estabelecia pela profissão e não pelo campo de atuação, portanto médico quase sempre recebia residente médico, e enfermeiro quase sempre recebia residente enfermeiro. Durante os oito meses em campo testemunhei uma única vez uma quebra neste formato, que foi o período em que um médico residente em obstetrícia acompanhou algumas consultas da equipe de enfermeiras de uma Unidade Básica de Saúde.

Os modos como as gestantes se relacionaram com esse processo, contudo, foi bastante variado. Marielle era manifestamente uma voluntária desse aprendizado, uma vez que sendo também enfermeira obstetra pedia que suas consultas fossem acompanhadas por seus colegas de profissão, aprendizes do ofício. Sandra também estava sempre disposta, com paciência, bom humor e não raras vezes estimulando os estudantes a perderem a vergonha, permitindo que a tocassem e examinassem. Manuela relatou sentir-se mais à vontade com os residentes do que com a médica responsável por seu pré-natal no Hospital Regional João Penido, encontrando neles mais cumplicidade e paciência do que na obstetra. Sara e Cida pareciam não se importar muito com fluxo de pessoas durante os pré-natais, ou, ao menos, não tenho registro de queixas neste sentido.

Pela primeira vez na consulta de Sandra, a clínica estava recebendo um médico residente em Obstetrícia. A médica pré-natalista o orientava sobre todos os procedimentos, e pedia que ele os fizesse sozinho. Sandra estava paciente, animada como sempre. Já deitada na cama quando entrei na sala, ela mesma encorajava o rapaz, dizendo para ele não ter pressa ou vergonha, que ela sequer estava olhando.

As gestantes que realmente demonstravam rejeição pela presença de outras pessoas, e sempre tão variadas, eram Nina, Eliane e Norma. E por conta dessa rejeição elas tentavam, em alguma medida, negociar com o médico em torno da presença desses estudantes durante as consultas.

Norma contou-me inclusive um caso em que esse mesmo médico, com seus residentes, foi fazer o ultrassom transvaginal na outra gestação, e ela disse que na presença daquele monte de gente não faria de jeito nenhum. Que não ia ficar “cara a cara” com aqueles estudantes. (Notas do Diário de Campo, p. 17).

Eliane não gosta da maternidade porque lá tem muitos estudantes. E ela diz que eles falam muito, pegam muito, para só depois chegar o médico e fazer tudo de novo, inclusive ela repetir todas as respostas que já deu aos estudantes. (Notas do Diário de Campo, p. 47).

3.2.2 Humanização e cuidado humanizado: cruzamentos entre teorias e práticas

Quando o Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PHPN) foi instituído, ele reuniu e adensou numa política de gestão um rumo que se pretendia alcançar de atenção à gestante e ao bebê nos serviços públicos de saúde, como está escrito no documento homônimo: reduzir a mortalidade materna e infantil no país; melhorar o acesso e a qualidade da assistência provida ao binômio mãe-bebê, durante e depois da gravidez; proporcionar o respeito à autonomia da mulher em sua condição de gestante, na perspectiva dos direitos de cidadania etc (BRASIL, 2002). Este adensamento, é importante lembrar, não se deu sem tensionamentos de ordem simbólica e também na ordem das práticas. Historicamente foi fruto de muitas lutas que envolveram tanto atores sociais do campo da saúde coletiva, como também do campo dos movimentos sociais, como feministas e parteiras, conforme apontamos no capítulo 1. Como apontam alguns autores (BARROS, 2005; DINIZ, 2005), não existe no campo simbólico um único sentido para o que seja ‘humanização’, mas alguns sentidos possíveis, dentre os quais os que a PHPN reivindica como legítimos e necessários para modificar a assistência à saúde da mulher no país, especialmente após o Pacto Nacional Para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, estabelecido em 2004. Está escrito na Política:

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002, p. 5).

Essas expressões presentes do documento que organiza a PHPN – ‘respeito à dignidade’, ‘atitude ética e solidária’, ‘ambiente acolhedor’, ‘redução de práticas intervencionistas desnecessárias’ – compõem o cenário discursivo e simbólico que a institucionalização da política quer ‘colar’ aos processos de cuidado praticados no SUS, a fim de construir um ‘cuidado humanizado’. São diretrizes, que se constituem como tessitura ideológica da política, e que na prática é executada por sujeitos de distintas escolas de pensamento, vindos de contextos variados, e que, permeados por estes contextos, são atores da humanização tanto quanto o são os sujeitos que a utilizam, os usuários. Como esses sentidos são ressignificados nas práticas?

O número de publicações nas Ciências Sociais e na Saúde Coletiva que se debruçam sobre o ‘parto’ (a preparação para o parto, os modos de parir, os modelos de cuidado ao parir, a luta para vivenciar um parto humanizado etc) é significativo (DIAS, 2015; DINIZ, 2001; CARNEIRO, 2015; SALEM, 2007; SENA, 2016; TONQUIST, 2004; VELEDA, 2015), densamente profícuo. Rezende (2014) destaca a centralidade do tema nos estudos contemporâneos, apontando o parto “como experiência fundamental da mulher” (p. 1), abordado “seja na questão da falta de escolha de mulheres que terminam tendo cesáreas, seja na construção ativa daquelas que buscam alternativas como parto humanizado, [...] ficando de lado os meses de gravidez que o antecedem e mesmo a expectativa do que vem depois” (Idem). Especialmente no que se refere à Antropologia⁶, Carneiro (2014) aponta que não só o parto permanece ganhando notoriedade nos estudos de campo desde a década de 1990, como os trabalhos realizados por não-antropólogos demonstram “a importância que a antropologia vem conquistando no interior das Ciências da Saúde” (CARNEIRO, 2014, p. 13). A partir do ano 2000, como relata a autora, “aparecem reflexões sobre o ideário do parto humanizado e temáticas como ativismo social, corpo, sexualidade, gênero, pessoa, relações sociais de poderes e saberes, todos pensados a partir das práticas e experiências contemporâneas de parto” (CARNEIRO, 2014, p. 13). Contudo, quando se trata de pré-natal, no sentido mais amplo do termo, análises qualitativas longevas sobre um cuidado humanizado tornam-se mais restritas, e mesmo alguns autores da área biomédica, onde tradicionalmente são encontradas pesquisas quanti-qualitativas sobre processos de saúde, reconhecem essa priorização em torno do fenômeno ‘parto humanizado’.

⁶ Resgatamos que Diniz (2005) afirma que a ‘Antropologia do Parto’ existe como área de estudos desde os anos de 1970. E também lembramos do emblemático estudo da antropóloga norte-americana Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, de 1992, que conceitua o ‘modelo tecnocrático’ de assistência, fundamentado no parto hospitalar e no alto valor atribuído ao uso de tecnologias, como paradigmático dos Estados Unidos, e reproduzido com sucesso no Brasil.

Na obstetrícia, constata-se a ênfase dada à humanização no parto, não sendo conferida a mesma importância às demais etapas do processo de nascimento. Sabe-se que o cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável, sendo fundamental para diminuição da morbimortalidade materna e fetal, preparação para maternidade e paternidade, aquisição de autonomia e vivência segura do processo de nascimento (compreendido desde a concepção até o pós-parto). (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010, p. 360).

Esta etnografia privilegia, portanto, o ‘antes do parto’, o conjunto de discursos e gestos que modulam a conformação da gravidez em suas dimensões materiais e simbólicas. Assim, a primeira coisa que eu gostaria de pontuar é que a palavra ‘humanização’, mesmo no referente ao parto, não foi pronunciada com frequência nos espaços de interlocução frequentados durante a etnografia. Na verdade, quase nunca. A princípio me senti um pouco à caça de sua materialização, na esperança de que sua vocalização configurasse também a presença de uma reflexão ou de uma movimentação a respeito de seus significados. Mas quanto mais eu procurava ouvi-la, espontaneamente, menos ela estava presente, nem em seu uso como política institucional, nem em seu uso que nomeia uma política pública, nem em seu uso diretamente relacionado ao parto – se eu pretendia observar quais as representações que a humanização (tanto o pré-natal humanizado quanto o parto humanizado) adquiria na prática, sua circulação e ressignificação, percebi que o melhor caminho seria abandonar a expectativa de que a palavra anunciasse sua presença e fazer um duplo movimento: eu mesma vocalizá-la através de questões a serem incluídas nas entrevistas e conversações com as gestantes, e também mapear sua presença silenciosa na ordem das práticas clínicas; ou seja, os modos através dos quais os cuidados providos abarcavam o conjunto de sentidos historicamente já atribuídos à ‘humanização’, e por mim apreendidos nos textos consultados durante essa pesquisa. A saber, principalmente: humanização como prática dialógica acolhedora entre profissionais e usuários do SUS; como oferta de serviços clínicos e terapêuticos de acordo com a especificidade e necessidade de cada gestante; como acesso a informações que ajudem a tomar decisões qualificadas; como atendimento respeitoso à gestante e seus acompanhantes. Não sendo estes os únicos sentidos possíveis de ‘humanização’, tomo-os como pontos de reflexão desta análise. O recurso estabelecido para constituir este cenário foi observar os discursos e gestos presentes nos espaços de interlocução profissional de saúde/gestante, partindo da primeira consulta de pré-natal e seguindo pelos diversos rumos que as propostas terapêuticas individualizadas assumiram ao longo da etnografia.

A primeira consulta de uma mulher gestante no SUS é um momento privilegiado para anotar um intenso investimento nesse fenômeno, metaforicamente funcionando como uma

espécie de alicerce do processo de cuidado; e as demais consultas vão se conformando como pilares que darão sustentação e forma a cada etapa que surge adiante. É também na primeira consulta que se privilegia a simbologia do ‘acolhimento’, que mesmo não sendo o atributo único da interlocução entre profissional de saúde e gestante, talvez seja o que mais se inclina a uma perspectiva “ética e solidária” que a PHPN ousa orientar como paradigma. Para Ana, o acolhimento enquanto prática requer o uso de atitudes que ainda não se encontram amadurecidas nos processos de cuidado. Ela cita, como foi dito anteriormente, a burocracia, duplamente caracterizada, tratando-se tanto daquela que se manifesta no engessamento das condutas profissionais, quanto da que se faz presente nos inúmeros formulários e sistemas a preencher no âmbito governamental, que ocupam um espaço que poderia ser utilizado de forma menos mecanizada.

O maior problema, diz Ana, é a “burocra”. Nem todos os profissionais querem atuar no sentido de priorizar o fluxo da paciente na rede – ‘Ah, hoje não é dia de atender gestante’. Ela aponta também que são muitos os papéis e sistemas a preencher. Ela mesma confessa ter recebido uma advertência oral (a primeira) do Ministério da Saúde sobre a obrigatoriedade de preenchimento do sistema eletrônico. Diz que ajuda no que for preciso, fazendo o cartão SUS de quem ainda não possui, entrando em contato com outras instituições que possam ajudar etc. “O grande sucesso do pré-natal está no acolhimento”, afirma. “Às vezes a gente pensa que o serviço só é bom se tiver tecnologia, quando a gente tem é que fazer a diferença na vida da cliente naquele momento em que ela nos procura”, continua. (Notas do Diário de Campo, p. 2).

Assim, é possível inferir que para Ana existe um sentido de humanização estabelecido que é mais ou menos estável, e que tem a ver principalmente com o acolhimento prestado às gestantes nas diferentes fases de seu ciclo gravídico-puerperal, “fazer a diferença... naquele momento em que ela nos procura”. Relaciona-se, portanto, a um modo de fazer o pré-natal que Ana toma como correto, e que diz respeito a uma flexibilização de condutas em favor da priorização das gestantes. Seu sistema de pensamento se alinha à base filosófica proposta pela PHPN: investimento de tempo e de capital cultural nas práticas de acolhimento, orientação sobre os itinerários de cuidado, exames físicos, encaminhamentos para exames laboratoriais e de imagem, busca ativa de pacientes, promoção de atividades educativas como os grupos de gestantes. Através do uso dessas estratégias, no espaço simbólico ocupado pelas práticas de atenção à saúde, Ana assume seu papel de referência, que tem basicamente três pilares: sua comunicação interpessoal junto à gestante, seu saber técnico-científico compartilhado e seu investimento na partilha de um contexto cultural comum. Claro que Ana, como os demais profissionais envolvidos nas práticas de cuidado, assume essa referencialidade não apenas por

conta de suas posturas individuais, mas porque todos eles são autoridades legítimas do processo, posto que esta legitimidade ‘especialista’ foi se construindo historicamente (CARNEIRO, 2015; DINIZ, 1996; FOUCAULT, 2003).

Este saber médico precisa, para efeitos de construção de legitimidade, se ‘comunicar’ com o outro, falar a sua língua. A humanização torna-se assim uma construção social que precisa ser renegociada a cada nova interação, no estabelecimento de relações menos assimétricas, donde um importante instrumento é a fala (SELL, 2012). Nesse sentido, um dos principais aspectos observados em campo diz respeito ao modo como Ana faz uso de uma fala reconhecida pelo capital cultural das gestantes, escolhendo palavras e expressões, códigos enfim, que possibilitem uma comunicação entre “iguais”. Algumas perguntas feitas por Ana chamaram particularmente a minha atenção:

Ana: Você curte ficar chapada? Uma cerveja... Às vezes...

Cida: Não...

Ana: E um bagulho, você usa? De vez em quando?

Cida: Não, tia Ana, já sou doida de nascença (ri).

Ana: Como você define seu estado civil? É casada, solteira?

Cida pensa um pouco e responde primeiro que é solteira, depois diz que é amigada. E que vai casar, já que o companheiro parece ter sinalizado a proposta. (Notas do Diário de Campo, p. 2).

Por exemplo, ao falar sobre modos de oferecer a amamentação no grupo de gestantes, Ana comparou a prática com um ato sexual, que requer carinho, contato pele a pele, intimidade. “Ser gostoso para a mãe e para o bebê”. E quando falou sobre cuidar das mamas e hidratá-las, para evitar rachaduras, disse que o marido pode ajudar, que “é gostoso passar o hidratante e tal”. Todos riem, se descontraem. Para que as gestantes consigam tomar sol nos mamilos sem a patrulha dos vizinhos, Ana aconselhou pegar uma blusa velhinha, estampada, e fazer um furo na altura dos mamilos, deixando-os de fora, e que ninguém perceberia a diferença. (Notas do Diário de Campo, p. 11).

Mas é preciso levar em conta que tais estratégias de enunciação também se configuram como um território movediço nas práticas de interlocução que se apresentam, ou pretendem se apresentar, como mais simétricas e também menos autoritárias. Usar palavras e exemplos que sejam parte do capital cultural das gestantes, que sejam condizentes com suas práticas cotidianas, é uma estratégia diferente de usar, por exemplo, palavras no diminutivo, como percebi acontecer inúmeras vezes em campo no trato de profissionais de saúde às gestantes atendidas. Frota (2014), ao analisar um estudo sobre as práticas de cuidado prestadas às mulheres-mães em estado de cárcere, apontou a prevalência do uso de diminutivos – mãezinhas – como modo de construir uma subalternização das encarceradas, de forma a discipliná-las para as condutas propostas em cena. “Mãezinha é um termo utilizado

frequentemente que coloca as mulheres em uma categoria geral, reduzindo-as à sua função materna e ignorando suas outras especificidades, dentre elas o seu próprio nome” (p. 10). Outra análise sobre o uso do diminutivo na prática clínica aparece em Geisel e Ostermann (2015) como forma de “(des)sexualizar” a interação entre profissional e paciente, especialmente nas situações em que está em jogo o corpo nu, evidenciando assimetrias na ordem do contato entre os sujeitos e seus respectivos papéis, dentre os quais dois se sobrepõe, o do cuidador e o do indivíduo sob cuidado. No concernente a esta pesquisa, percebi que o uso de diminutivos esteve mais atrelado às tentativas de produção de uma atenuação de algo, dirimindo o impacto que algumas expressões poderiam provocar no contexto das gestantes, tanto no referente à complexidade delas quanto ao valor moral ou religioso que tais expressões arregimentam. Como nos diálogos presentes no grupo de apoio às gestantes na UBASF Santa Luzia; e também no dia em que a obstetra que atendia Karol explicou a solicitação de um pedido de exame, cuja complexidade parece atenuada pelo uso de expressões no diminutivo.

As perguntas iniciais feitas no grupo eram comuns a todas as gestantes: foi planejada ou foi uma surpresa boa? Achei engraçado isso de “surpresa boa”, como se a surpresa ruim fosse um assunto proibido. (Notas do Diário de Campo, p. 7).

Mais uma vez me chama atenção no grupo a linguagem infantilizada com que as profissionais tratam as gestantes. O diminutivo é um imperativo: mãezinha, pezinho, olhinho, mãozinha. A história da grávida que bebia demais e o bebê nasceu de “pilequinho”. (Notas do Diário de Campo, p. 9).

A médica diz então que vai fazer o pedido do exame, para medir a “nuquinha do bebê”, mas a princípio não explica nada sobre isso. Apenas no final da consulta, ao repassar os encaminhamentos à Karol, diz que o exame detecta a existência de “doenças cromossômicas” no feto, mas que ela não precisa se preocupar, pois nada se passará com ela. Fico me perguntando sobre o impacto daquela informação, ou se Karol sabe o significado de “doenças cromossômicas”. (Notas do Diário de Campo, p. 26).

Além da observação dos atores sociais e suas linguagens, quando se trata de conhecer as práticas de cuidado refletindo sobre a materialidade dos princípios de humanização e seus sentidos circulantes, nos deparamos com as contradições presentes também nos espaços ditos de ‘referência’ no município. Contradições que parecem se situar entre as dimensões do que existe em termos de recomendações governamentais e do que acontece em loco, apontando as rasuras existentes entre a teoria, ou as teorias a respeito da humanização, e as práticas. Como o Hospital Regional João Penido, onde as consultas de pré-natal, obedecendo ordem de chegada, nunca tiveram uma espera menor que duas horas, chegando a três, três horas e meia,

mesmo que chegássemos na primeira hora do início do atendimento. E não porque as consultas fossem longas e detalhadas, mas porque havia grávidas demais para equipes de pré-natal de menos. Isso em um cenário onde todos os sujeitos são ‘prioritários’ do ponto de vista da política pública, mulheres vivenciando processos gestacionais de baixo risco. Como uma espera tão longa, às vezes com cadeiras para todos e às vezes não, cujo desfecho é uma consulta rápida e objetiva, pode se situar nisso que se chama de ‘referência’ de algo?

Sara é finalmente chamada e entramos na sala. A obstetra é assistida por outra médica, residente, que faz a parte mais burocrática de preenchimento de papéis. As duas são jovens, aparentemente, e falam muito pouco, apenas o essencial. A sala é fria e a consulta também. Perguntas automáticas sobre o processo de Sara, algumas inclusive feitas mais de uma vez, demonstram um baixo nível de atenção à individualidade da gestante. [...] Fico admirada com o silêncio de Sara, não parece a mesma pessoa ativa das outras consultas. (Notas do Diário de Campo, p. 19).

O que de fato pude perceber durante a etnografia é que as consultas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, sobretudo quando a Unidade já é territorializada, funcionando na lógica da Estratégia de Saúde da Família, o cenário para a construção de um atendimento humanizado, mais atento às especificidades de cada gestante, é mais favorável do que em serviços maiores, como o Hospital Regional João Penido e a Acispes. Ainda que haja espera pela consulta, é possível perceber uma maior proximidade entre os profissionais de saúde e as usuárias do serviço, além de consultas mais demoradas porque mais detalhadas em suas abordagens. Sandra, que fez todo o seu pré-natal na Unidade Básica de Saúde do Bairro Industrial, vivenciou uma experiência repleta de situações que corroboram isso. Tanto a médica quanto as enfermeiras que compunham sua equipe de atendimento vinham quase sempre buscá-la na recepção na hora de sua consulta, seguiam os protocolos de atendimento sem muita pressa e muitas vezes lembravam de suas demandas antes mesmo de abrirem seu prontuário. Ou seja, a presença do vínculo era um elemento mais nítido nesses cenários.

Com Ana a gente se sente acompanhada mesmo, parece uma pessoa da família. Ela cobra os resultados, lembra dos exames. Quando me senti mal ela conversou até com meu marido, pedindo que não deixasse de ouvir minhas queixas. E quando o médico que começou o pré-natal disse que ia me passar para a Ana eu pensei: vai me passar para uma enfermeira, é isso mesmo? Nossa, foi a melhor coisa que me aconteceu, parece que foi Deus. (Eliane, Notas do Diário de Campo, p. 47).

Em contraposição, todas as consultas que acompanhei na Acispes, da mesma gestante ou de gestantes diferentes, realizadas pela mesma obstetra, eram rápidas, resumidamente protocolares, com baixo nível de personalização, e com qualquer detalhamento a mais classificado pela própria médica como algo não comum e rotineiro.

Enquanto termina de preencher os dados de Karol, a médica diz que está quase concluindo, e fala num tom de consolo: ‘Hoje demora um pouquinho porque é o primeiro pré-natal. Depois fica mais fácil, tá?’. (Notas do Diário de Campo, p. 26).

Mas é importante reforçar que o modelo não se encerra no atendimento médico. Tudo corrobora para isso: a marcação de muitas consultas por manhã, as salas de espera e corredores lotados, impondo uma necessidade de controlar o fluxo e daí a implantação de um sistema com muitas listas de presença, com muitos ‘ires’ e ‘vires’. Em todos os elementos que compõem os modos de fazer permanece a sensação de que são eles mesmos, os elementos e os modos, mais importantes do que os sujeitos em atendimento.

Também vale registrar que as poucas dificuldades que encontrei de realizar o acompanhamento das gestantes ocorreram justamente nesses estabelecimentos de nível secundário e terciário. Havia um nível de desconfiança e estranhamento sobre a minha presença que nunca registrei nas Unidades Básicas de Saúde. Na Acispes, inclusive, precisei apresentar minha autorização por escrito na gerência, numa abordagem cuja forma causou desconforto a mim e também à Karol, a gestante que eu acompanhava na ocasião.

Ao saber que vou acompanhar as consultas de Karol para minha pesquisa de doutorado a obstetra pede que eu apresente a documentação de autorização na gerência. Na porta indicada pela médica, que me acompanha na saída do consultório, sou apresentada a uma mulher, que me pede uma cópia da declaração e uma lista com os nomes das gestantes que vou acompanhar. Respondo que Karol é a única (até aquele momento era), e ela me pede para dizer o nome dela completo, o que não sei responder na hora, e isso parece irritá-la um pouco. O outro gerente, um ser humano muito ríspido, diz o nome completo de Karol para que ela anote, e os dois me questionam coisas do tipo “Então você será a acompanhante dela?”, mesmo que eu tenha explicado se tratar de outro tipo de relação, de pesquisa. Depois, quando já estávamos lá fora esperando a chamada para a próxima consulta (lá são vários profissionais a cada dia de consulta), o gerente se dirige a nós e, olhando pra mim, pergunta onde estão os exames dela. Fico surpresa com aquela postura e nem sei como reagir. Ele então olha pra Karol e já vai colocando a mão em sua pasta, procurando os exames de sangue, sem sequer pedir licença. Karol, também atônita, tampouco parece entender o que se passa. (Notas do Diário de Campo, p. 27).

Sobre o local onde aconteceu esse fato, a Acispes, preciso me alongar numa observação mais extensa, enfatizando os discursos e gestos como instrumentos da produção de humanização no atendimento. No que concerne à estrutura física é um ótimo espaço. É conservado, arejado, limpo, parecendo mesmo um pequeno “hospital privado”, como me disseram alguns habitantes de Juiz de Fora em conversas informais antes do início do campo, acentuando o imaginário social de que o que é privado é necessariamente bem estruturado e

bom em seu funcionamento. O acesso a uma equipe multiprofissional também é real. Karol, e depois Sara e Eliane, foram consultadas, em momentos e combinações distintas, por uma médica obstetra e além dela uma enfermeira, uma nutricionista, uma assistente social, uma fisioterapeuta e uma psicóloga. Mas o tempo inteiro, ao acompanhá-las, lembrava de Merhy (1998) e sua definição de tecnologias leves e tecnologias duras. Para o autor, dos dispositivos tecnológicos aos saberes populares, do maquinário à linguagem, tudo o que se mobiliza nos processos de produção da saúde pode e deve ser considerado tecnologia – que pode ser mais leve quanto mais próxima das práticas de ‘acolhimento’ e ‘encontro entre sujeitos’, e mais dura quanto mais dependente de ferramentas materiais e condicionadas a tais. No modelo tecnocrático de produção do cuidado, segundo o autor, as tecnologias duras se impõem sobre as leves por uma questão de legitimação política e econômica.

Tendencialmente, pelo modo como operam as lógicas de poderes (políticos, técnicos e administrativos) na sociedade contemporânea, estes núcleos vinculados as tecnologias duras e leve-duras, encontram um processo favorável para acabarem se impondo sobre os outros núcleos. [...] E, o interessante a observar, é que isto ocorre mesmo que não haja comprovação de que este processo de conformação tecnológica irá ou não obter bons resultados, pois esta imposição de missão e de desenhos tecnológicos é dada pelos interesses sociais que no momento são mais poderosos e considerados legítimos. (MERHY, 1998, p. 17).

Acispes é um lugar com recursos materiais e humanos suficientemente capazes de produzir um ‘cuidado humanizado’ dentro das diretrizes da PHPN, se a humanização estivesse reduzida ao acesso a consultas e exames. O próprio conceito de equipe multidisciplinar, que aparece quando os gerentes do lugar me explicam sobre os modos de funcionamento do lugar, merece aqui ser tensionado, porque lá a integralidade no atendimento está restrita ao uso de dados organizados em redes informatizadas, para acesso coletivo dos profissionais, enquanto a multidisciplinaridade como pressuposto da humanização parece estar tão preocupada com a informação disponível quanto com a comunicação entre sujeitos que as dão significado. Tirando o uso de uma rede informatizada, o que aparece em cena é uma fragmentação do conhecimento por área profissional e uma repetição de protocolos: em todos os consultórios são feitas as mesmas perguntas, preenchidas e assinadas planilhas separadas de controle de presença, não há exame físico em nenhum deles (apenas na triagem, momento anterior às consultas), e a comunicação é rápida e mecânica, com baixa preocupação em partilhar um universo linguístico comum com os usuários. *‘Depois fica mais fácil’*, diz a obstetra sobre as próximas de consultas de Karol. Pensando nos sentidos expressos nesse enunciado, e somando aos demais elementos presentes nas práticas de pré-natal lá vivenciadas

(bem como nos demais espaços de média e alta complexidade), caminhamos para o entendimento de que uma abordagem mais detalhada, com mais perguntas, com mais circulação de informações, é classificada pela obstetra como uma abordagem menos fácil justamente porque nesses espaços ainda impera o modelo tecnocrático de atendimento. No caso de Karol, ainda que provavelmente não internalize isso da mesma maneira que eu, percebo que o corre-corre dos dias de consulta, de uma sala a outra com desconfortáveis intervalos de espera, e a grande quantidade de informações que ela recebe em cada sala que adentra são aspectos que a incomodam. Quase sempre calada ou falando muito baixo nos consultórios, é a mim que ela dá as respostas divertidas ou irônicas, assim como o fazia na presença de Ana, como se a constituição do vínculo não se materializasse no espaço-tempo proporcionado pelos métodos da Acispes.

“Se eu quiser comer salgadinho de pacote, eu vou comer. Uma pessoa que trabalha o tanto que eu trabalho tem que comer o que gosta”; “A fisioterapeuta me informou sobre LER (Lesão por Esforço Repetitivo), me mandou corrigir a postura, e eu acho que é melhor ela me dizer pra sair logo do emprego. Trabalhar em caixa de supermercado é ter esforço repetitivo. A não ser que eu deixe de preencher o sistema com as mãos e preencha com os pés”; “A nutricionista recomendou fruta, legumes, carboidratos, tudo bonitinho, como se eu fosse rica”.

E depois da maratona de consultas, a gestante ainda precisa enfrentar a fila da gerência e marcar os encaminhamentos de retorno. Karol sai da primeira consulta com quatro retornos agendados, todos em dias diferentes. Os primeiros são para realizar exames de urina e ultrassom, e visita à psicóloga. E o último é o retorno à obstetra. Não há ajuda de custo para as gestantes que residem em Juiz de Fora, e tampouco há sistema integrado de transporte nesta cidade. Karol mora longe, não tem carro, precisa de duas ou três conduções para chegar à Acispes. Nesse dia da primeira consulta, ao sairmos, lhe pergunto se conseguirá ir em todos os retornos, e ela diz que vai tentar. Digo que desejo acompanhá-la em todas as situações e ela pergunta se terei “força na peruca” (Notas do Diário de Campo, p. 26). Respondo que sim e pergunto se ela terá também, e ela responde que “todos dias são assim, se eu não tiver força eu não vivo” (Notas do Diário de Campo, p. 26). Depois de uns meses, contudo, essa logística começa a pesar financeiramente, e Karol decide pedir para se desligar do atendimento promovido pela Acispes. Ela conversa com a obstetra e explica que deseja voltar a ser atendida apenas na Unidade Básica de Saúde de Santa Luzia, diz que o gasto com transporte e o tempo que dispensa em cada ida àquele local não lhe têm sido favoráveis. E a médica lhe responde que ela não pode sair do programa porque sua gestação é de alto risco, por sofrer de epilepsia. Sua conduta é proibitiva porque focada apenas na doença de Karol, e não em seu

contexto de vida, mas ela logo se afasta de cena e entrega o controle da situação nas mãos dos profissionais que gerenciam o atendimento na Acispes. Incluo aqui o trecho do Diário de Campo, que é extenso no tamanho, mas coerente com a necessária densidade da descrição.

A obstetra então lhe diz que de acordo com o programa da Acispes [de acesso à atenção especializada para gestação de alto risco] ela precisa ser atendida lá e na UBASF, nos dois. E que se ela quiser sair do programa, se não quiser mais participar, pode, mas tem que ver com a chefia da Acispes. Penso em como pode ser isso: ela pode e não pode ao mesmo tempo, precisando ser autorizada para tal. 'Você está sendo acompanhada aqui porque tem epilepsia. Não sei se pode sair do programa sozinha', diz a médica. Quando saímos do consultório, Karol foi à sala da gerência e conversou com a mulher que ocupava a mesa do meio sobre o desejo de sair do programa. A mulher me olhou, como se quisesse entender o que acontecia, como se eu fosse um personagem mais importante que a própria gestante, e a outra mulher, da ponta próxima à parede, sem perguntar qualquer coisa à Karol, ordenou à mulher que a atendia que recolhesse o nome completo dela, dos pais, seu telefone e a fizesse assinar uma justificativa para sua saída, tudo com muita grosseria. E que a levasse ao assistente social, para ela explicar porque estava fazendo isso. Estávamos atordoadas, as duas, e Karol foi conduzida até lá. Antes que eu decidisse se entraria ou não na sala do assistente, a mulher que a deixou-a lá saiu da sala e fechou a porta por fora, e ainda segurando a maçaneta me perguntou se Karol tinha consciência de que tinha uma gestação de alto risco, e eu respondi que sim. Karol demora alguns minutos na sala, que para mim parecem eternos. Quando sai, vejo que está com um semblante desapontado. Diz que o homem que a atendeu era uma boa pessoa, que entendeu os argumentos dela, mas que a gerente entrou muito brava na sala enquanto ela tentava conversar com o assistente, cheia de ordens, e mais uma vez não a olhou e nem se dirigiu diretamente a ela. Karol não teria outras consultas naquele dia. Peço para me esperar enquanto vou ao banheiro, para sairmos juntas. Pergunto se podemos fazer a entrevista gravada e ela diz que sim. Na verdade, não queria deixá-la sozinha naquela hora, queria ouvi-la mais. Ela chora um pouco no caminho. Diz que não quer voltar na Acispes de jeito nenhum, que não merece ser tratada daquela maneira, que aquilo não é certo. (Notas do Diário de Campo, p. 36-37).

Pensemos na configuração do que acabei de expor: de um lado uma gestante comunicando que não mais desejava ser atendida seguindo a 'lógica' do itinerário proposto; do outro lado os profissionais da assistência que precisam eventualmente lidar com essa espécie de ruptura de um projeto terapêutico em curso. Dito de outra maneira: de um lado um indivíduo questionando e tensionando um processo disciplinar em curso; de outro o Estado, ou a empresa (tomando o caráter 'misto' que regulamenta a Acispes), em um nível micro representado pelos profissionais do serviço, exercendo uma pressão simbólica em torno da iminente impermanência de seu controle rígido sobre um corpo e seus desejos, em trânsito na rede.

Em um primeiro momento, ainda ‘afetada’ pela experiência em campo, interpretei o ocorrido à lógica da ‘desumanização’ do cuidado. Eu estava lá, sendo uma ‘participante-observadora’ da cena, e seria mais fácil assumir que Karol havia sido desrespeitada na construção de seu próprio processo decisório, o que de fato ocorreu. Mas também é possível pensar em outras camadas presentes em cena: 1) o que moveu a obstetra a posicionar-se de maneira a discordar da conduta de Karol?; 2) o que fez com essa mesma profissional de saúde entregasse a solução da questão para outros setores que não o seu consultório?; 3) por que Karol precisava justificar-se sobre as razões de não mais desejar ser atendida pelo projeto em questão? 4) por que ela simplesmente não resolvera parar de ir e voltar a frequentar a UBASF de Santa Luzia? Enfim, processos que falam sobre como os fluxos, sejam eles dos processos subjetivos ou das práticas institucionalizadas, são instantaneamente modificados pela presença/potência do atrito e da imprevisibilidade. O que me pareceu mais interessante no movimento de Karol é que ele representou a única negociação em campo em torno da qual evidenciou-se uma resistência e uma restrição, de uma usuária rumo a um itinerário, e de um serviço e seus atores rumo a uma gestante.

Me parece claro também que ao refletirmos sobre essas questões estamos também refletindo sobre os limites da humanização transfigurada em política. Muito se fala sobre o que é necessário para construir um cuidado humanizado. Brüggemann (2001) indica que para pensar uma assistência humanizada no cuidado à mulher é necessário reconhecer este sujeito como um ‘agente ativo’ no processo de gestação e nascimento; Minayo (2006), no prefácio do livro *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas* escreve que "a humanização necessita de uma proposta de ‘sensibilização’ das pessoas"; Martins *et al* (2014) dizem que a humanização na assistência à saúde “se efetiva pela inclusão – nos espaços de atenção, gestão e formação em saúde – dos sujeitos, dos coletivos e das perturbações (acrescidas de sua análise), estas últimas entendidas como efeitos que esse processo de inclusão produz” (p. 11); entre outras questões. Assim, em um mundo representado pelas percepções expostas, Karol teria sido ouvida, orientada sobre as consequências de sua decisão e teria sua escolha respeitada, caso essa decisão prevalecesse. E mais: essa ‘perturbação’ na rotina ocasionada pela sua desistência também seria incorporada enquanto parte do processo de construção dessa humanização. Ocorre que há aí, nas texturas que conectam as estruturas objetivas e subjetivas das práticas de humanização, muitas implicações: há o direito de escolha do paciente e há a responsabilidade (e responsabilização) dos profissionais de saúde pela vida da mãe e do bebê; há a excessiva demanda das estruturas de cuidado ainda organizadas sob lógicas produtivistas (a Acispes é contratada para dar resolutividade às

demandas de vários municípios, inclusive Juiz de Fora) e há um projeto de acesso multidisciplinar em curso; há o desejo de Karol, contextualizado pela sua realidade vulnerável sobretudo do ponto de vista financeiro, e há a percepção biomédica que privilegia a doença de Karol, sua epilepsia, acima de sua própria identidade de gestante, que nunca se definiu como alguém cuja doença a limitasse do domínio de sua trajetória. Pelo contrário: sempre que perguntada sobre sua epilepsia, Karol respondia que a doença não lhe afetava em nada, que tomava os medicamentos rotineiramente, e que sua última crise ocorrera há muito tempo.

No texto de Bonet *et al* (2009, p. 245) há uma perspectiva interessante sobre o entrecruzamento dessas lógicas, dos “distintos regimes de enunciação”, donde se extrai que ocorre dos profissionais de saúde e dos usuários entenderem as práticas de cuidado de maneiras diferentes, de acordo com os modos como se organizam suas relações pessoais, seus cotidianos e suas percepções sobre o corpo e as emoções agenciados nos processos de saúde e doença. Assim, cada modo de fazer mobiliza um entendimento distinto de mundo, e faz um mundo distinto, uma vez que produzir discursos, produzir regimes de verdade, é produzir verdades.

Fica explícito que ambos, profissionais e usuários, estão se movimentando em regimes diferentes de enunciação, mas o que é mais significativo é que esses regimes não estão isolados, mas se interpenetram, dando lugar a mal-entendidos (neste caso, não produtivos). Esses mal-entendidos são o resultado de uma cobrança que, do ponto de vista de um dos regimes de enunciação, não seria pertinente, mas se avaliada do ponto de vista do outro regime seria perfeitamente razoável. Nesse cenário, é frequente a manifestação de conflitos e a expressão de queixas não atendidas (porque não são compreendidas). (BONET *et al*, 2009, p. 245).

Ter acompanhado Karol durante essa etnografia foi uma oportunidade de refletir sobre essas incompreensões presentes nos processos de cuidado produzidos nos serviços de saúde, que muitas vezes resultam em preconceitos de diferentes origens e espécies. Embora Karol não seja a única mulher negra participante dessa pesquisa – Sara e Nina também são – sobre ela se apresentam também outros marcadores sociais que podem ter acentuado os tensionamentos que percebi ao longo da pesquisa, mais fortemente nela do que em quaisquer outras gestantes. Ela não é casada, é a mais jovem das gestantes acompanhadas, tem outro filho de uma relação anterior, tem um trabalho de baixa remuneração e é portadora de uma doença sem cura, a epilepsia. A soma de todos esses aspectos formulou um pré-natal cotejado por várias situações como a acima exposta. Quando Karol, ao fim do processo de desligamento da Acispes, me diz “*que não merece ser tratada daquela maneira*”, me parece uma provocação para pensarmos sobre os sentidos que essa dita maneira mobiliza. No

entanto, quando retorna à UBASF de Santa Luzia para sua próxima consulta de pré-natal, o assunto de seu desligamento da Acispes aparece com muita brevidade, com a menção de Ana de ter recebido uma carta deles relatando o ocorrido. Silencia-se o ocorrido. Ficamos sem saber o que acontece depois disso, e se algo acontece de fato, de modo que suas queixas se tornem ação, objetos de reflexão sobre as práticas ofertadas.

Quando uma gestante sai de sua casa no dia de uma consulta marcada, dotando esse ato de uma incontestável prioridade em sua rotina, o faz cercada de alguma expectativa (ou de muitas). Às vezes esse espaço de interlocução, a clínica, é o único momento em que ela pode ser um sujeito com demandas específicas, que serão reconhecidas como comuns ao processo em curso e poderão ser agenciadas por vozes autorizadas, distintas do senso comum – os enjoos, as cólicas, a falta ou excesso de apetite, a prisão de ventre etc, tudo ao alcance de um conselho, um remédio, um exame, uma solução. E às vezes esse mesmo espaço de interlocução torna-se mecânico, improdutivo, autoritário, enfadonho. Numa gestação de risco habitual muitas vezes as consultas foram parecidas – sem o aspecto ‘sobressalto’ que o risco demarca, com o passar dos meses até eu me acostumei ao que parecia ser uma sequência protocolar de procedimentos com sentidos estabilizados – aferir a pressão e temperatura, pesar, medir, preencher os campos do sistema informatizado e da caderneta da gestante. Apreendi que esse ‘tornar-se’ impacta no presente, resvala e aparece de forma muito perceptível em suas posturas, nos modos como respondem às perguntas de rotina, como trazem ou silenciam novas questões, como se sentam nas cadeiras e se deitam nas camas para o exame. Seus corpos falam tanto ou tão pouco quanto suas manifestações verbais. O que se concretiza na proposta de cuidado é fruto dessa equação, cultivada e administrada de acordo com cada etapa da gravidez.

Por fim, um último elemento que eu gostaria de destacar com relação às práticas de cuidado observadas em todos os estabelecimentos de saúde que frequentei é sobre o contato físico entre profissionais de saúde e gestantes durante as consultas de pré-natal. Na maioria das situações de exame, que são as situações que põem o ‘toque’ e o ‘tocar’ em evidência, observei que tanto médicos quanto enfermeiros avisavam antecipadamente sobre os procedimentos aos quais a gestante seria submetida, de modo que houvesse um tempo, mínimo que fosse, donde ela pudesse autorizar ou não a realização, tratando-se inclusive dos procedimentos mais simples como uma aferição de pressão ou uma medição de fundo de útero. Ou seja, a intervenção sobre o corpo do outro, que caracteriza parte de seu agenciamento, era previamente dotada de uma comunicação interpessoal respeitosa, que é um elemento-chave da produção do cuidado humanizado. Silva (2002), ao discutir sobre a

importância da comunicação interpessoal nos processos de humanização da saúde, coloca o toque na categoria de linguagem não-verbal, que como toda linguagem tem sua interpretação condicionada à cultura dos sujeitos envolvidos. Por essa razão, a depender dos modos como se produzem os toques, dos locais nos quais precisam ser produzidos e das emoções presentes nesses instantes, a confiança e a avaliação do usuário do serviço podem se modificar completamente.

Sandra é então convidada a deitar na cama para a medição da barriga e a escuta do coração do bebê. Angelina, a enfermeira, mede o comprimento da barriga, explicando como deve ser feito, depois avisa que vai passar o gel, mas que limpará em seguida, começa a tentar ouvir o coração e trabalha pacientemente explicando cada som que ecoa pela sala, tentando em várias regiões da barriga. “Isso é a placenta. Percebe que é o som de um líquido?”; “Quando você ouvir o coração vai perceber a diferença, é muito forte”. E um tempo depois: “Aqui é o coração”. E de fato ouvimos a cadência ritmada da pulsação, bem parecida a uma bateria de escola de samba, como comparou Angelina. Ela coloca no ouvido de Sandra, que fecha os olhos para ouvir. Também me pergunta se estou ouvindo, e eu digo que sim. Pela primeira vez, consegui ouvir. É emocionante. (Notas do Diário de Campo, p. 29).

3.2.3 A relação com o risco e as razões para a realização do pré-natal

Além do ‘acolhimento’, do qual muito falamos acima, Andrade e Ferreira (2014) também apontam que a ‘classificação de risco’ pode ser entendida como uma ‘tecnologia’, sendo ambos distintos em suas metodologias, mas com objetivos complementares, podendo funcionar em diferentes momentos, contíguas aos processos de trabalho direcionados às gestantes atendidas no SUS. Por essa razão, tais tecnologias, defendem os autores, estão coladas ao exercício do pré-natal e são, por parte dos profissionais de saúde implicados nas práticas, objetivos permanentes da produção do cuidado, que vão se engendrando na própria percepção da gestante e adesão da mesma às rotinas de atenção.

Assim, uma reflexão sobre as questões que tangenciam a gravidez passa também pelo exame da percepção do que seja risco e sua classificação, dos seus sentidos, o que por sua vez também passa pelo entendimento do processo de patologização da gravidez na sociedade contemporânea. Na primeira consulta prevê-se uma classificação inicial do risco, que se baseia nas dimensões presentes na vida da mulher quando ela se torna uma gestante. Dimensões que às vezes estão previamente identificadas, porque são sintomáticas, e às vezes precisam ser encontradas no decorrer do processo. Por isso a classificação de risco é fluida, e nas demais consultas ela vai sendo constantemente reavaliada, podendo modificar-se.

Pensando nas gravidezes de Cida, Norma e Sara, cujas classificações de ‘alto risco’ foram determinantes de suas trajetórias de cuidado, talvez ainda mais que as demais, gostaria de discutir a respeito dos marcadores exclusivamente fisiológicos presentes nessa categorização.

Nos casos de Cida e Norma, esse risco esteve presente desde o momento em que se descobriram gestantes, no primeiro caso por ser uma mulher obesa e com hipotireoidismo, foi classificada como ‘alto risco’ desde a primeira consulta; e no segundo caso, por ser uma gestação que sucedeu outra cujo resultado foi um aborto espontâneo ocasionado por questões de má formação genética do feto, seu acompanhamento se fez desde o princípio com o argumento de prevenir um risco iminente. Cida, além do dito, trazia na atual gravidez a possibilidade de gestar gêmeos, uma vez que já tinha filhos gêmeos da sua primeira gestação, fato que a preocupava imensamente. Por essas razões ela já foi encaminhada a realizar seu pré-natal em um centro de especialidades, onde teria acesso às tecnologias não disponíveis na Atenção Básica, como as especialidades Cardiologia, Endocrinologia etc, além de uma quantidade e tipos de exames diferenciados dos disponíveis no nível primário. E Norma, pela incerteza sobre sua capacidade de gestar um filho geneticamente saudável, resolveu fazer dois pré-natais, um na UBASF e outro com o médico que endossava sua noção de risco devido ao acompanhamento da gestação anterior. Para ela, o risco foi uma entidade absolutamente predominante até a 12^a semana gestacional e a realização do ultrassom com medição da translucência nugal, que afastou a possibilidade de um novo aborto acontecer pela questão genética.

Combinei com Norma de aceitar sua carona para o Hospital 9 de Julho, onde o médico que está conduzindo seu pré-natal realiza exames privados de ultrassonografia morfológica. Ela e Guilherme, seu marido, passaram para me apanhar no local combinado, e já ao cumprimentá-los senti uma tensão no ar. Estavam muito apreensivos com a realização do exame, pois foi justamente ele que diagnosticou, na gestação anterior, a hidrocefalia do feto, que não evoluiu, resultando em uma perda gestacional. Ouviam música evangélica no som, “para acalmar a mente”, segundo Guilherme. [...] A referência de normalidade do feto é um número como outro qualquer, menor ou igual a 2,4. O resultado foi 1,4, e na gestação anterior foi 9,1. Com doze semanas e um dia de gestação o casal comemora aliviado pela primeira vez. (Notas do Diário de Campo, p. 17 – 18).

Já para Sara, o fim do primeiro trimestre foi marcado não por sua saída de uma classificação de alto risco, mas por sua entrada. Seu processo vinha decorrendo de maneira esperada, adequada aos parâmetros de uma gravidez saudável, de baixo risco, até o domingo em que ela acordou com um significativo sangramento e foi internada com urgência na Santa Casa de Misericórdia. Sua placenta havia se descolado do útero. Fui visitá-la na enfermaria

tão logo soube do ocorrido, dois dias depois, e a encontrei sentada na cama, acompanhada do marido e recebendo visitas. Parecia abatida, mas conservava a mesma postura ativa de sempre, me anunciando de pronto que estava feliz pois havia realizado um novo ultrassom que mostrara um feto vivo, com batimentos cardíacos presentes. Quando teve alta, foi licenciada dos dois trabalhos para repouso absoluto e teve seu pré-natal transferido da Unidade Básica de Saúde de Santa Luzia para o Hospital Regional João Penido. E com exceção de algumas semanas entre o segundo e o terceiro trimestre da gravidez, sua gestação foi cuidada e interpretada como de alto risco até o final.

O que estamos dizendo é que risco numa gestação se apoia em muitas estruturas materiais e simbólicas, mas que no concernente às políticas de saúde o risco é um marcador físico-patológico, enquanto que no imaginário social ele adquire também outros contornos. No caso das políticas de saúde, além dos fatores que são mapeados ‘de largada’, como as doenças presentes na mãe que podem ser transmitidas verticalmente ou que podem impactar na formulação de uma gravidez saudável – e dentro desse amplo espectro está inclusive o estilo de vida da genitora – existem os fatores que emergem a partir de todas as investigações que são realizadas em busca do risco, a partir de um apoio diagnóstico. Um exame de sangue de Karol, eletroforese de hemoglobina, de rotina do primeiro trimestre, por exemplo, apresentou uma alteração que podia significar a possibilidade de ela ser portadora de uma anemia falciforme, com impactos previsíveis já para a formação do feto e fixação da placenta no útero. E um exame de urina de último trimestre de Nina apontou alteração pela presença na urina de um marcador de hipertensão, que poderia influenciar decisivamente no trabalho de parto e parto, sendo a principal causa de eclampsia no nascimento do bebê.

Ana vai falando com Nina sobre os últimos exames. Diz que ela apresentou defesa contra toxoplasmose, que as vacinas contra hepatite também fabricaram defesa, e que a única preocupação é a presença de uma proteína na urina, que é um marcador de hipertensão. Pede para voltar no dia seguinte para ver o médico, e conversarem sobre isso.

Ana: Não quero te preocupar, é só precaução.

Nina: Preocupo sim, porque não quero fazer cesariana.

Ana: Não precisa se preocupar. Sua pressão está controlada e você não está solta no sistema. Você tem moral de entregar um atestado no trabalho e ficar os próximos dez dias sem ir?

Nina: Tenho sim (Notas do Diário de Campo, p. 62).

Presume-se que não é objetivo deste estudo julgar adequada ou não uma classificação de risco habitual ou alto risco. Não temos e nem reunimos critérios epidemiológicos ou de evidência científica para tensionar esses aspectos. Entretanto vale ressaltar como o risco encontra-se naturalizado no decurso da gravidez, pois como dizemos no capítulo teórico, o

modelo de cuidado vigente no país nem pressupõe uma gestação sem risco – em maior ou menor grau é uma categoria assentada no processo investigado. Parte intrínseca, sentido ancorado e componente de qualquer processo gestacional contemporâneo. Como explicam Castiel, Guilam e Ferreira (2010, p. 26), surgem “no discurso e na intervenção biomédica uma nova condição medicalizável – o paciente nem doente nem saudável, pois está sob risco”. Assim, à classificação de risco cabe estabelecer uma relação de causa e efeito que explique porque certas coisas devem ser tomadas como ‘perigosas’, merecendo medidas de proteção/prevenção para evitá-las (CASTIEL, GUILAM E FERREIRA, 2010, p. 26).

Classificação de risco: teve estudos randomizados que falaram ‘isso é risco’, ‘isso não’, ‘isso é pouco risco’, ‘isso mais isso já vira risco’, importante, então nós temos uma classificação tanto do Ministério da Saúde quanto da Secretaria de Estado, que nos ajudam a trabalhar direito. A gente tem critérios. E outra, além dos riscos, pra gente classificar como baixo risco ou alto risco, ainda temos o risco que fica na unidade de saúde e o risco que vai para o serviço especializado. É só passar o olho nos critérios, só não trabalha direito quem não quer. Outra coisa, os impressos para registro ajudam a gente a classificar essa cliente. Me ajudam a lembrar se essa cliente é de risco ou não. E aí não quer dizer que eu vou encaminhar pro pré-natal especializado e dar adeus pra ela. A unidade de saúde dela é aqui, pertinho de casa, onde ela pega o exame, faz o exame, tira as queixas, tira as dúvidas, vem quando está com queixa. A única coisa é que o serviço especializado garante ou deve garantir pra ela alguns especialistas e alguns exames que aqui na atenção primária não dão direito. (Ana, Entrevista 6).

O que notadamente ocorre com o risco é que ele não se encerra nos aspectos epidemiológicos ou fisiológicos da gravidez, tampouco nas situações previstas pelos estudos randomizados. Ele extrapola esses critérios e ocupa territórios cotidianos que em outros tempos pareciam inofensivos, como as tão esperadas férias na casa da roça, hábito comum à vida no interior de Minas Gerais. Norma, muito embora já não corresse o risco de ter um bebê com má formação genética, na véspera de sua viagem foi alertada durante a consulta sobre a necessidade de preocupar-se também com o trepidar do carro na estrada, com movimentos bruscos, com sustos. “Susto com bicho, pra não cair, essas coisas – diz a enfermeira” (Notas do Diário de Campo, p. 21).

Assim, o risco também apresenta raízes culturais, mnemônicas, e constitui mapas simbólicos que às vezes orientam as práticas das gestantes, inclusive quando a fisiologia dispensa certos domínios. O caso de Sandra é interessante para pensar esse processo: a sua cegueira de um olho e visão parcial do outro a fazia afastar a possibilidade de desejar um parto normal pelo medo de precisar fazer uma força física que descolasse sua retina e prejudicasse o que ela ainda dispunha de capacidade de enxergar. Uma ou várias pessoas partícipes de suas relações pessoais a alertaram sobre a existência desse risco, o que a fez

tentar, durante toda a gravidez, obter um laudo de um oftalmologista que a respaldasse para o livramento de um parto normal. Mas com base em critérios científicos esse risco que habitava o imaginário e a memória de Sandra simplesmente não existia, e médico nenhum, mesmo o profissional que a acompanhava desde criança, concordou em fornecer um laudo desse porte. Nem esse médico, nem a oftalmologista para a qual conseguiu vaga via encaminhamento da Unidade Básica de Saúde, às vésperas de seu trabalho do parto, retificaram sua angústia e ambos a encorajaram a tentar um parto vaginal e a verificar como seu corpo reagiria no momento do devir. Já o fato de pilotar a sua moto para todos os lugares, permanentemente desencorajado por sua mãe e pela equipe de pré-natal que atendia Sandra e que compreendia a prática como um risco para a vida do bebê e a sua, foi vivenciado até a entrada do último trimestre gestacional, por todo o tempo em que Sandra se sentiu segura para fazê-lo. Nesse caso, sua vida sobre rodas não lhe parecia tão arriscada quanto lhe diziam e insistiam em lhe fazer crer, pois estava carregada de sua autonomia, de seu direito de ir e vir com rapidez e independência.

Assim, por uma via fisiopatológica, ou por uma formulação subjetiva, o risco vai modulando as gravidezes. Seja porque um exame detecta algo que configure uma ameaça à qualidade da vida intrauterina, ou seja porque essa ameaça esteja supostamente presente no comportamento da mulher, na sua memória de experiências anteriores, a noção de risco agencia e tangencia toda a trajetória gestacional. A primeira coisa na qual Manuela pensou ao descobrir que estava grávida, por exemplo, foi em parar de fumar. Nem ela e nem Nina, fumante também, conseguiram parar por completo, mas reduziram significativamente o uso, por levarem em consideração o risco da prática para a formação do bebê. Manuela também parou de tomar diversos medicamentos controlados, e passou a comer. Não apenas comer melhor, mas a simplesmente comer com rotina e constância.

Em primeiro lugar, minha alimentação começou a ser uma coisa fixa, porque antes não era. Antes era muito comum eu passar uma semana inteira sem almoçar. Isso acabou, comecei a ficar bem em cima pra garantir que ia me alimentar bem, tanto em quantidade quanto em qualidade. Também cortei meus remédios – eu tomava remédio pra ansiedade, depressão, remédio pra dormir. Cortei tudo isso, então imediatamente eu parei de dormir, a ansiedade ficou em pico porque aí foram os remédios, o cigarro. Eu não consegui zerar o cigarro, tava fumando muito pouco, muito pouco mesmo, porque eu fumava um maço por dia e aí eu tava fumando dois cigarros por dia mais ou menos... então eu tava numa ansiedade extrema por fumar quase nada e ao mesmo tempo uma ansiedade absurda por ainda estar fumando. Então tudo isso tava bem complicado. (Manuela, Entrevista 3).

Dessa maneira, conforme apontam Castiel, Guilam e Ferreira (2010), além das relações entre os fenômenos que se assentam nos processos ‘bio-fisio-patológicos’ a própria relação da gravidez com os contextos dos sujeitos abandona o “terreno firme da causalidade” e difunde-se por “domínios menos precisos”, que têm a ver com a cultura, com os modos como as gestantes veem as noções de risco e se relacionam com elas. E justamente nessa relação se tece a procura e a aceitação do pré-natal como prática preventiva e corretiva de riscos, revelando a força prescritiva que essas práticas de cuidado arregimentam. As consultas eram sempre programadas por ordem de chegada, e muitas vezes tinham início às 7h da manhã – portanto quem não podia ou queria esperar, precisava chegar o mais antes disso possível, e ficar na frente das demais. E elas chegavam. Às vezes munidas de perguntas, às vezes mais caladas, apenas cumprindo o protocolo, elas se colocaram disponíveis para as dinâmicas que configuravam os atendimentos. Era fato, portanto, que elas faziam pré-natal, mas elas pensavam sobre as motivações disso, ou sobre o modelo empregado nesse esforço? A única gestante que estranhou a pergunta ‘Por que você faz pré-natal?’, que constava no roteiro de entrevista, foi Manuela.

Engraçado, né? A gente nem pensa, é automático, engravidou faz pré-natal. É... Eu nunca fui de acompanhar de perto as coisas da minha saúde, sempre fico enrolando quando tem alguma coisa, sempre largo muito pra lá. Mas largar pra lá nesse caso não era um largar pra lá que era só comigo, né? Aí não. Então eu fiz pré-natal pra garantir que no que eu pudesse, no que eu tivesse condições, ia fazer o máximo possível pra dar tudo certo com ele, pra ele. (Manuela, Entrevista 3).

Os motivos para a realização do pré-natal ganham contornos variados, que vão desde uma percepção ampliada ou genérica do que seja ‘saúde’ até seu preenchimento pelos sentidos circulantes da informação, da responsabilização política e individual, ou mesmo de um juízo de valor do que seja certo e errado, possível ou impossível, melhor ou pior, na busca de se produzir uma gravidez saudável, como vemos nos depoimentos a seguir.

Por causa da saúde. Informação. A gente vive hoje em dia num mundo que a gente tem informação sobre tudo, e sabe o quanto é importante tanto por bebê quanto pra saúde da mãe fazer o pré-natal. Hoje, hoje (repete, enfatizando), eu penso na saúde do neném também, mas quando eu comecei a fazer esse pré-natal, desse neném, foi por causa da minha saúde. (Nina, Entrevista 1).

Ah, eu faço pra acompanhar mesmo o crescimento, o desenvolvimento do bebê, como que tá, se tá tudo bem. Pra eu saber, né? Assim, tudo o que tá acontecendo. (Sandra, Entrevista 2).

Pré-natal é bom pra tirar dúvidas, às vezes pra poder tirar um pouco da pressão, ver como o bebê está, a altura mediana da barriga. É bom também

para a minha satisfação, pra ver se está correndo tudo bem, se a urina tá legal, o exame de sangue... Porque até os nove meses a preparação tem que ser... tem que ficar por dentro. (Karol, Entrevista 5).

Também as questioneei se havia algo que as deixava desconfortáveis nas consultas, bem como se elas destacariam alguma coisa da qual gostavam muito. E o que pude perceber foi que a tessitura de um espaço de interlocução, onde se pudesse perguntar, caso fosse necessário, foi o principal aspecto presente nesse horizonte simbólico de promoção do cuidado. Mesmo no limite do paradoxo, quando esse espaço de interlocução se transformava numa repetição rotineira de questões a serem preenchidas nos formulários, percebi que cumprir esse ritual de estar lá, de ser examinada, de ser pesada, de saber sobre a evolução da altura uterina, sobre a glicemia e a pressão arterial, de sair com exames agendados e com uma data de retorno, as deixava, de certa maneira, menos apreensivas. O que nos leva a afirmar que a medicalização da gestação aparece em campo, em maior ou menor medida, como uma prática naturalizada, aceita e disseminada – um antídoto para lidar inclusive com a ansiedade produzida pelo risco enquanto categoria fundante dos processos gestacionais contemporâneos. Se do meu ponto de vista elas vivenciaram situações que poderiam se configurar como desconfortáveis, algumas inclusive proporcionadas pela presença de pessoas estranhas no ambiente (e além de mim quase sempre havia outras pessoas além delas e dos profissionais das equipes, aprendizes do ofício), da parte delas, do modo como lidavam com as receitas, prescrições e conselhos, não registrei recusas significativas. A sensação foi, quase sempre, da naturalização de uma autoridade culturalmente fundamentada, de um lado quem propõe um modelo de cuidado, do outro quem o internaliza.

Tem hora que arruma uma “fução” na gente, né? Ó “fução” abençoada! (Rindo) É o que eu menos gosto, né? Mas é da consulta, né? Então... (Karol, Entrevista 5).

Mesmo para Marielle, que se destacou como a gestante que assumiu uma postura de pré-natal com um mínimo de intervenções tecnológicas e alopáticas, a realização do pré-natal e consequentemente a medicalização que o formula, foram construtos legitimados. Sua resposta sobre as razões para fazer pré-natal tonaliza isso:

Porque... tem que fazer (rindo). Ainda mais sendo enfermeira obstetra, não existe a possibilidade de não fazer. (Marielle, Entrevista 4).

Também é importante apontar que mesmo culturalmente fundamentada, a prática do pré-natal é um campo repleto de tensionamentos, como quaisquer outros campos que envolvam dimensões humanas e sociais de tão alta complexidade. Existe, por exemplo, dentro

da própria construção cotidiana do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, uma disputa profissional entre médicos e enfermeiros, que se estende para além da discussão sobre quais atribuições podem compor um ou outro domínio de campo. Nas equipes de Saúde da Família que conheci durante a etnografia, responsáveis pelos pré-natais realizados nas Unidades Básicas de Saúde, essa disputa apareceu nas práticas de maneira muito sutil, sendo até possível formular uma ideia real de parceria e de reconhecimento mútuo entre médicos e enfermeiros. Foi como se nessa política o enfermeiro tivesse conseguido estabelecer um lugar de fala autorizado, um espaço de pertencimento legitimado. Contudo, quando o pré-natal era realizado em serviços de complexidade secundária e terciária, centros de especialidades e hospitais, a hegemonia do médico sobre o enfermeiro quase não apresentava resistência significativa.

Até as gestantes ajudavam a legitimar essa hegemonia, quando punham em dúvida algum procedimento ou informação que recebiam de um enfermeiro e checavam a veracidade com o médico, ou quando lhes pediam autorização para quaisquer práticas que fugissem um pouco da rota tradicional dos protocolos terapêuticos. Como Sandra, que perguntou à médica se a dipirona receitada pela enfermeira, em casos de dor de cabeça, era realmente confiável. Ou como Eliane, que quando passou a fazer seu pré-natal com a médica obstetra na Acispes, se referia à enfermeira que antes realizava suas consultas como “a moça que faz meu pré-natal” (Notas do Diário de Campo, p. 47), e não como uma profissional de tanta competência para a prática quanto a que agora assumira a função. A primeira vez que acompanhei Norma numa consulta de pré-natal no PAM Marechal só foi possível porque ela entrou antecipadamente em contato com o médico, por mensagem de celular, e lhe perguntou se ele me autorizava a estar presente, e ele respondeu que sim, destacando, entretanto, o tamanho da sala como um desestímulo para minha presença, o que obviamente não levei em consideração.

Nesse sentido, assim como Carneiro (2015), em sua tese, vejo a hipervalorização do médico em praticamente todas as situações da etnografia, inclusive aquelas nas quais outros profissionais já conquistaram o direito de produzir uma atuação. Interessante mapear as vezes em que esse modelo biomédico é naturalizado, inclusive, pelas próprias classes que estão em disputa por uma maior legitimação, como os enfermeiros que conheci numa reunião com gestantes, e que falavam de procedimentos e práticas formuladas durante o pré-natal.

Uma das enfermeiras presentes, ao apresentar slides sobre a prescrição de vitaminas no pré-natal, precisou ser corrigida várias vezes pelos colegas porque sempre repetia que o médico deveria receitar, ao que o coro repetia cada vez mais forte: “Ou o enfermeiro!”. Outro enfermeiro, ao discursar

sobre a vida sexual na gravidez, enfatizou que “desde que o médico libere” pode ter sexo sem qualquer problema. (Notas do Diário de Campo, p. 13).

Guilherme pergunta ao médico sobre relações sexuais, e o especialista diz que agora pode, “Vida normal”. (Notas do Diário de Campo, p. 22).

Mesmo outros profissionais que por ventura apareceram em campo, como o caso da doula que estava eventualmente presente nas reuniões com gestantes promovidas por Ana e seus alunos, foi possível aventar que sua presença requeria uma espécie de permissão dessa ordem hierárquica, a fim de se manter possível.

Ao explicar sobre seu ofício, Ângela afirmou que a doula ajuda a deixar a equipe de saúde menos sobrecarregada e mais livre para fazer o que precisa ser feito, que é a parte técnica, enquanto ela cuida da ‘parte emocional’. (Notas do Diário de Campo, p. 11).

3.2.4 Barriga a crescer: esse corpo me pertence?

Nesse cenário clinicamente agenciado por práticas biomédicas, cercado de marcadores fisiopatológicos, onde comportamentos e memórias são postos à prova com base em classificações de risco, os corpos que transitam nos itinerários são corpos sob tentativa de vigilância e controle. Corpos imersos em malhas de cuidados e relações, dotando-se de normatizações, de rituais de obediência aos mecanismos de agenciamento e também de negociações com os mesmos, e com aquilo que eram antes, com os corpos femininos que eram antes de engravidar. Voltamos então a apontar as questões sobre disciplina e controle do corpo, presentes em Foucault (1989, 2003) e Deleuze (1992). O primeiro traça as linhas paradigmáticas do controle exercido no corpo via disciplina, quando os saberes e as instituições o agenciam e determinam simbólica e materialmente sua obediência. A política da disciplina é, então, a biopolítica, com sua regulação do corpo social a partir de seu agenciamento institucional: escolas, prisões, igrejas, hospitais. O segundo aponta o declínio das formas tradicionais de controle para as novas formas, ‘sem paredes’, donde o domínio da subjetividade e da materialidade da existência estão no rastro das combinações sutis de algoritmos, de códigos de rastreio, de produção e identificação de perfis virtuais... a cibernética e o domínio da informação como meio de mapear, controlar e sugerir as emoções, sofisticando as estratégias de controle do indivíduo pelas relações capitais ilimitadas. Na sociedade do controle a biopolítica não é apenas um mecanismo de controle e organização do tecido social, mas a própria conformação de um desejo de cuidado e pertencimento.

As gestantes que acompanhei depuseram sobre como mudaram suas rotinas, seus hábitos e também sobre como se relacionaram com uma conceituação de gravidez saudável para o campo da saúde e com uma conceituação de gravidez ideal que se populariza em outras arenas discursivas, como suas relações familiares, os grupos de apoio, as salas de espera das consultas, a mídia. Fazer uso de ácido fólico, comer de forma correta, praticar atividades físicas, não fumar, não consumir bebidas alcóolicas, realizar a rotina de pré-natal, são discursos presentes em todas as buscas pela expressão “gravidez saudável” na web, e também nas revistas especializadas em gravidez, nos consultórios médicos, nas rodas de conversa informais, e nas narrativas das gestantes acompanhadas nesta etnografia. As “receitas” para uma boa gestação passam por esse *checklist*.

Eu sou uma pessoa sedentária, mas nunca fui de comer muito sódio, muito doce, meu negócio é só o refrigerante. E o cigarro que eu fumo. Diminuí muito o cigarro, sei o quanto me prejudica por causa da minha hipertensão, sei o quanto prejudica o desenvolvimento do neném, mas eu não consegui deixar de fumar. Antes eu fumava um maço e meio, dois maços por dia, hoje eu fumo quatro, cinco cigarros no dia. (Nina, Entrevista 1).

Do ponto de vista da assistência à saúde, o que pude perceber durante a etnografia foi que esse conjunto de práticas e recomendações, rotineiramente presente nos discursos das mulheres e dos profissionais de saúde, trabalhava a favor da conformação de um bom corpo reprodutivo, um corpo capaz de prover de vida e abundância, portanto de saúde, o ser humano agora presente dentro de si. O processo de responsabilização por esse feito não se modificou ao longo dos séculos: sua base fundamental é a gestação e por essa razão o comportamento desse corpo grávido – do qual resultará um desfecho esperado ou não – segue em permanente e autorizada vigilância. Conforme apontam Schwengber e Meyer (2011), desde o século XIX impera esse paradigma.

Ao redor das mulheres afirmava-se, cada vez mais, um conjunto de práticas e políticas voltadas para a gestão e o aperfeiçoamento de seus corpos, mesmo antes da concepção. O discurso médico sanitário visava a convencê-las acerca de sua responsabilidade social com o processo da gravidez e com a maternagem, uma vez que, “se é a fisiologia da mulher que lhe permite carregar, é ela, portanto, que pode melhor maternar” (Santos, 1998:145). Nesses discursos, crianças saudáveis seriam o prenúncio certo de homens/mulheres fortes, e o alcance dessa meta dependia dos processos educativos que envolviam os corpos das mães; cuidar bem das crianças começa pelos cuidados adequados com os corpos das mulheres gestantes. Percebe-se, assim, a vitalidade e a continuidade de uma ideia moderna que perdura até os nossos dias: a de que a saúde dos/as filhos/as é o espelho da saúde da mãe. (SCHWENGBER; MEYER, 2011, p. 287).

Esse corpo reprodutivo bem qualificado era permanentemente mensurado em campo a partir de alguns marcadores, dentre os quais estava o peso corporal. Nenhuma das gestantes passou incólume ao ritual de traduzir em quilogramas esse ideário de corpo grávido saudável. Em todas as consultas eram pesadas, seus pesos eram comparados aos das consultas anteriores, e partir daí emergiam as recomendações sobre dietas, práticas de atividades físicas, repouso etc. O crescimento a mais ou a menos do volume corporal, especialmente percebido através do crescimento da barriga, medido pela pesagem e também pela altura do útero, esteve cercado de agenciamentos oriundos do campo da saúde: do risco, da normalidade, da prescrição. Manter um bom corpo reprodutivo significa manter o peso desse corpo e as medidas dessa barriga dentro de alguns padrões de normalidade, os quais exigiam bastante esforço e comprometimento da mulher durante a gravidez. Ainda em Schwengber e Meyer (2011) torna-se possível compreender esse movimento à luz do processo de politização do corpo feminino, donde a gravidez é um acontecimento chave, tendo se forjado a partir do século XIX a ideia de que esse assunto não dizia mais respeito apenas à esfera privada, mas sobretudo à esfera pública e coletiva.

Portanto, esses marcadores corporais não têm origem apenas no campo da saúde, mas também, de forma tão simbólica quanto, no campo social, ou mais precisamente no campo estético, causando um impacto sobre o modo como as gestantes perceberam seus corpos grávidos ao longo da gestação. Assim, mais ou menos preocupadas com a capacidade de gerar uma criança saudável, mais ou menos ligadas na estética, mais ou menos afetadas pelo ganho de peso interferindo na potencialidade de suas rotinas, elas estiveram permanentemente preocupadas com os quilos a mais, e, depois de um certo tempo, envoltas na expectativa de voltarem a ter os quilos a menos após o nascimento dos bebês. Numa postura carregada do simbolismo que caracteriza esse processo, Sara demonstrou grande alegria ao constatar, durante a pesagem realizada em sua segunda consulta, que havia perdido três quilos em comparação com a medição anterior. Mas essa redução de peso aconteceu porque Sara praticamente não conseguia comer nada sem vomitar. Nem comer, nem sentir determinados cheiros, nem vivenciar o balançar do transporte público, tudo a afetava imensamente. Vinha testando todas as receitas médicas e populares para reduzir os enjoos e voltar a ter uma alimentação com um mínimo de prazer e sustentação. Ainda assim a notícia do emagrecimento causava nela uma espécie de consolo – ao menos estava reduzindo o peso a uma medida anterior à que possuía antes da gravidez. Mas foi uma alegria efêmera. Alguns minutos depois, na continuidade da consulta, a enfermeira calcula seu índice de massa corporal (IMC) e diz que Sara está acima do peso ideal, recomendando que ela mude algumas

práticas alimentares, ainda que nesse caso nem se possa dizer que ela estivesse conseguindo manter alguma prática de pé.

Nessa toada, algumas cenas se manifestaram até cercadas de descontração, como as vezes em que Norma tirou o tênis antes de se pesar, alegando que *all star* pesava, e que Marielle tirou, além dos sapatos, a faixa que usava no cabelo e os óculos, pela mesma razão, antes de subir na balança. A ansiedade em torno desse momento era explícita, quase palpável, e no caso de Sandra, muito mais do que nas demais gestantes talvez porque mais manifesto, carregada de uma confessa pressão do marido e de alguns familiares, dentre os quais destaco a fala de sua mãe.

“Estou ansiosa, meu marido disse que estou pesando uns 80 quilos”, diz Sandra. Ela começou a gestação com 55 quilos, na segunda consulta tinha 57, e agora tem 62. “Daqui pra frente é normal ganhar peso mais rápido, porque o bebê está se desenvolvendo completamente”, explica a enfermeira Angelina, o que parece consolá-la um pouco. (Notas do Diário de Campo, p. 29).

Angelina a convida a pesar-se e ela diz que essa é a parte que a deixa mais curiosa. “Deve estar com uns 80 quilos”, diz a mãe. Sandra fica feliz ao saber que está com 67,5, aumentou apenas um quilo e meio desde a última consulta. Angelina a tranquiliza, dizendo que ela pode ganhar até 16 quilos na gestação. (Notas do Diário de Campo, p. 42).

Inúmeras conjecturas, que horas se particularizavam, horas pareciam muito coletivas, semelhantes entre si, nos tensionamentos entre o que as mulheres desejavam para seus corpos e lhes era cobrado que desejassem, e o que elas percebiam e referiam acontecer. Cairolli (2009), em levantamento sobre a experiência de mulheres gestantes atendidas pelo SUS com seus corpos grávidos, apontam que a satisfação ou a insatisfação com os corpos que adquirem são frutos da construção dinâmica de sua imagem corporal. “O corpo deve ser percebido – e trabalhado – de forma sistêmica, sabendo que a imagem corporal se faz a partir da representação mental da identidade corporal do sujeito, influenciada pelas experiências físicas, sociais e emocionais do indivíduo” (p. 60). E Rezende (2011), recorrendo aos apontamentos de Giddens, registra que o conflito entre “a busca de uma identidade e imagem corporal circulares”, modelada culturalmente, e o “pertencimento e a adesão a determinados grupos sociais e seus valores” é um reflexo da tensão entre indivíduo e sociedade neste século.

Nina não gostava de seu corpo grávido, dizia que era uma barriga grande demais para um corpo tão pequeno e magro. E Marielle se sentia desconfortável com as alterações fisiológicas e também estéticas causadas pela gravidez.

Péssima. É horrível porque eu me sinto deformada, é uma barriga muito grande para um corpo pequeno. Eu tive... tenho... to tendo muito problema com o meu corpo, mas é coisa minha, da minha cabeça. Eu não me olho no espelho. Vez em quando eu olho pra ver se tá rolando estria, se está aparecendo, se não tá... eu acho também que essa alergia que eu tive na barriga, apesar de não ter ficado nada aqui nesse meio, isso me afetou muito no começo da gravidez porque eu já estava com uma barriga grande. A primeira coisa que apareceu foi a barriga, não teve peito, eu não inchei, só a barriga a apareceu. Eu tenho me olhado no espelho por causa do frio que deu nesses últimos tempos, e eu sou muito ressecada, todo ano eu fico com marcas de ressecamento. Vou à dermatologista e ela passa um creme. Dessa vez, eu grávida não pude usar o creme que ela me passou. Mas se não fosse isso eu não estaria me olhando. (Nina, Entrevista 1).

Incomodada. Porque sinto muita mudança. No começo eu sentia muito sono, muita moleza, coisa que não to acostumada... Mas fico com preguiça, sabe, de sentir essas coisas. Mas isso passa, porque também tenho a sorte de não ter enjojo de primeiro trimestre. Meu processo de digestão fica muito lento, fico um pouco incomodada sim. Enfastiada, e isso me incomoda um pouquinho. E não gosto de não servir nas minhas roupas, porque sempre fui muito magrela, a vida toda, e nunca nada não me serviu... e aí é o momento da minha vida em que as coisas não servem, aí eu fico um pouco mal-humorada. (Marielle, Entrevista 4).

Já em Sandra e Karol o processo pareceu diferente. Ambas falaram sobre as mudanças no corpo, sobre as mudanças de comportamento a partir dessas alterações físicas, mas seus discursos são carregados de expressões que caracterizam aceitação e naturalização do processo.

Eu me sinto bem, não tenho nada a questionar. Gosto de me olhar no espelho, ver o barrigão. Vi que o corpo mudou muito. A única coisa é, assim, um pouco do incômodo. Dor na coluna às vezes, posição na hora de deitar, na hora de levantar. Essa parte é um pouco chata. Mas o corpo em si tá tudo bem. Não tenho nada a reclamar não. (Sandra, Entrevista 2).

Eu to com vergonha de algumas coisas. Tipo assim... ah, de quando eu vou dormir e eu usava algumas roupas que agora não uso mais, porque já não tá cabendo, meus seios estão bem evoluídos. Ou às vezes meu filho entra no quarto e eu to trocando de roupa, eu olho pra trás, tipo assim, meio encabulada, coisa que eu não tinha. Mas eu creio que isso é da gravidez mesmo. (Karol, Entrevista 5).

Tratando-se, contudo, de duas gestantes cujos discursos foram permanentemente regulados por um ordenamento religioso – Sandra, Karol e também Sara foram as grávidas mais assíduas nas práticas evangélicas – fui mobilizada a refletir sobre o poder silenciador de tal atravessamento, sendo a religião um indutor normativo muito poderoso no cenário analisado. Quando elas se permitiam expor suas queixas, especialmente no referente aos incômodos oriundos das transformações em seus corpos, quase sempre emergiam discursos descontentes que não se desenvolviam, que eram interrompidos, finalizados sempre com ‘o

lado bom da história' como arremate de qualquer frustração. Warner (2005) conta que em seus grupos de entrevistas com mães em conflito com a maternidade e com suas posições no mundo do trabalho, percebeu, “ouvindo silêncios”, “que existem coisas que podem ser ditas e outras que não podem ser ditas sobre a maternidade” (p. 28). Assim, em sua pesquisa percebeu que era liberado falar em culpa, mas não em ambição; em sexo ou em falta dele, mas não nas verdadeiras razões que impedem que mulheres deem seguimento à vida sexual com seus cônjuges; em desvalorização da mulher na sociedade, mas não sobre projetos políticos que proponham apoio efetivo para suas jornadas de vida. Nessa direção, eu acrescentaria que em alguns momentos era deliberado fazer piadas sobre seus próprios corpos, mas quase nunca se podia mudar o tom do discurso para uma problematização menos genérica e mais justa do que de fato as fazia sentir-se desconfortáveis, porque muitas vezes isso significava apontar o olhar de um outro que lhes era dotado de muita intimidade, e assim inviolável, especialmente tratando-se de maridos e filhos.

Pude notar, a partir das falas e dos elementos gestuais das mulheres acompanhadas, que o desconforto com a gravidez, donde o crescimento da barriga é um elemento significativo, se modifica ao longo da gestação. Quando vivenciaram o primeiro trimestre, demonstraram uma carga de adaptação mais complexa, densamente carregada de transformações físicas e emocionais. Sono, fome, enjoo, constipação, cólica, ansiedade, medo, nervosismo... nem sempre e não em todas de maneira regular ou homogênea. O bebê, sendo um corpo incompleto, também não despertava ainda o apelo emocional que viria com a visualização do ser já formado inteiramente. Passado esse período inicial, no entanto, uma aparente estabilidade se assentou sobre o processo, e a formação do bebê já não representou um desafio tão extenuante para o corpo. Quase todas as gestantes pareceram mais dispostas e otimistas, imersas em um melhor relacionamento com suas funções fisiológicas autônomas, como comer e dormir, resgatando mais nitidamente os prazeres com a experiência da gestação. O depoimento de Manuela explicita sobre essas nuances periódicas, sobre as dinâmicas resultantes do inter cruzamento entre as questões fisiológicas e emocionais, muito diferentes a cada trimestre gestacional.

Esteticamente falando, amor. Puro amor. Amava me olhar no espelho e ver aquela barriga, cada vez maior, chegou num ponto que era do tamanho da bola de Pilates já. E pra mim era a coisa mais linda do mundo. Mas o sentir mesmo no sentido fisiológico foi difícil, foi muito tenso. Passei muito mal até o quarto mês. Aí tava tudo terrível, eu tomava água e queria vomitar. Depois eu escutei muita gente falando 'nossa, é muita vontade né'. Não era só a vontade, era muito vômito mesmo. Mas aí o tal do segundo trimestre realmente é a melhor fase da vida, maravilhoso, uma energia assim, uma coisa, 'nossa, agora vou dar conta do mundo'. Só que passa muito rápido.

No terceiro desandou tudo de novo, de repente tava pesado demais, cansativo demais. Eu de novo fiquei sem dormir, conseguia comer bem porque não tinha enjojo, mas tinha azia, queimação, muitas dores... dor nas costas, dor na pélvis, muitos incômodos... era cândida, era hemorroida que chegou num nível desesperador. Me dava ódio quando alguém olhava pra minha cara e perguntava 'o que foi?'. Eu queria xingar a pessoa. Então chegou um ponto que eu tava só irritada, cansada, rosnando, nervosa, doida pra ele nascer logo, pra acabar logo isso. (Manuela, Entrevista 3).

Com a evolução fisiológica do bebê, a formação dos órgãos e sistemas, e as tecnologias que dão formato e visibilidade a esse processo, vai evoluindo também o status social e afetivo que se engendra em torno de sua vida, já sendo possível ver, pelo ultrassom, seu rosto, seu sexo, todos os dedinhos. O que Chazan (2005) denomina “status de Pessoa mediada pela tecnologia de ultrassom”. Forma-se um indivíduo próprio, separado de sua mãe. O ultrassom impulsiona a formação do vínculo mãe-bebê, porque confere ao feto uma condição material diante da qual a interação torna-se mais concreta. Torna-se possível então sonhar e produzir um enxoval personalizado, estudar os significados dos nomes, ocupar-se de tarefas sociais como a organização do chá de fraldas, produção do álbum de fotos da gravidez etc. Todos os rituais de pertencimento que as grávidas modernas produzem como códigos grupais. Ou, em contraposição, abster-se de tudo isso e enfrentar os questionamentos coletivos dos grupos sociais aos quais a gravidez interessa, como foi o caso de Nina e Eliane, que usaram o argumento de a segunda gestação não invocar mais a necessidade de chá de fraldas enquanto eventos sociais muito exaustivos.

O trabalho de Chazan (2005) é indispensável porque questiona o papel político que as tecnologias de imagem, especialmente os ultrassons, desempenham nas gravidezes contemporâneas, não sendo mais possível pensar nessas tecnologias apenas como recursos para prover uma assistência de qualidade, mas como construtos que também substanciam os processos de medicalização da gestação e do parto; e que são formuladores de sentidos presentes nas gravidezes, dentre os quais destaca a produção do prazer de ver imagens fetais. Tal assertiva foi significativamente presente em campo, e acredito mesmo que é impossível pesquisar gestação na atualidade sem encontrar indícios do poder que o ultrassom ocupa na formulação e no agenciamento desse processo. Destaco alguns trechos a respeito disso.

Sandra me mostra as imagens do ultrassom, encantada com os detalhes que são apresentados. Diz que o exame mostra absolutamente tudo, cada parte do bebê, dos ossos ao cérebro. Diz que adorou os pés. (Notas do Diário de Campo, p. 25).

“Do alto dos seus 365 gramas exhibe toda a sua complexidade”, comenta Marielle ao me mostrar seu último ultrassom. É muita, realmente. “Ali já

tem cérebro, coluna, ossos, músculos, tantos órgãos...” (Notas do Diário de Campo, p. 31).

Os exames, que eu vi tanto em grupos as pessoas falando ‘ah, acho que ficam pedindo ultrassom à toa’, isso é uma coisa que eu nunca reclamei. Adorava a ultrassom. Primeiro porque era a hora de eu ver ele, e segundo que ali eu tinha mais informações, não ficava dependendo da opinião do médico. ‘Ah, parece que vai ser grande, parece que tá mexendo muito, parece que...’. Não, lá eu via. Eu olhava pra ele. (Manuela, Entrevista 3).

Chazan (2005) também analisa teoricamente o status que a visão e a imagem foram adquirindo na transição dos modelos de sociedade, até chegar na hipervalorização e centralidade que hoje ocupa tanto na esfera pública quanto na esfera privada, como principal fio condutor das experiências materiais da contemporaneidade. Quando Manuela diz que via seu bebê, era também um modo de dizer que a partir daquele olhar tudo o que imaginava que estava acontecendo, todas as informações que reunia para lidar com as transformações oriundas da gravidez, eram permanentemente ressignificadas quando o ultrassom lhe mostrava sobre o tamanho do bebê, suas posições, suas expressões corporais. Um jogo complexo de produção de sentidos, mediados pelo uso das tecnologias. E sentidos que são compartilhados coletivamente, no tocante a mostrar mesmo – mães mostrando as imagens de seus filhos para suas redes de sociabilidade. Na bolsa de cada gestante tinha sempre uma imagem de ultrassom, sacada no meio das conversas, se impondo enquanto potência discursiva.

Esse ‘status de Pessoa’ discutido por Chazan foi bastante aprofundado por Lo Bianco (1985) em ensaio sobre a relação entre gravidez e maternidade experienciada por mulheres de diferentes camadas sociais no Rio de Janeiro do final dos anos de 1980. A autora examina como a apropriação da ‘cultura psicanalítica’ por mulheres de classe média/alta atuou na conformação de novas maternidades, nas quais o bebê já era, antes de nascer, considerado um sujeito, um indivíduo, pelas mulheres que o gestavam e que também já se consideravam mães, pelo fato de estarem grávidas. Essa ‘psicologização do feto’ decorria, portanto, da relação cultural de mulheres mais intelectualizadas com seus contextos profissionais, tecnológicos, subjetivos, que tomavam a gravidez como mais um aspecto de sua realização pessoal, e não o único ou o inevitável. Essas mulheres entendiam a gravidez como “um estágio transitório da maternidade”, enquanto para mulheres de camadas mais populares, com contextos socioeconômicos mais vulneráveis, a gravidez acontecia como um “estágio transitório para a maternidade”; ou seja, elas viviam a gravidez como um processo necessário para a maternidade que viria após o nascimento da criança, trazendo uma série de transformações que não eram da ordem do presente, mas do futuro. As mulheres do primeiro grupo,

moduladas pela cultura psicanalítica, se comportavam de forma a assegurar que seus filhos fossem dotados de todos os recursos físicos e psicológicos para nascerem saudáveis. Esse objetivo determinava o que elas comiam, sugeria que participem de grupos de apoio, fazia com que elas conversassem com seus bebês e acreditassem que eles lhe responderiam com alguma reação ou transformação etc.

No referente a essa pesquisa, não consegui fazer uma diferenciação por camadas sociais como o fez Lo Bianco em sua análise, pois me pareceu que esse status de Pessoa, que essa psicologização do feto transbordou as diferenças socioeconômicas e se disseminou por todos os contextos. Todas as gestantes acompanhadas nesta etnografia se comportavam como viventes de um estado transitório da maternidade, referindo-se ao feto como um indivíduo com nome, com vontade e movimento próprio. Mas para Ana, nossa enfermeira interlocutora-chave, existe uma relação das emoções implicadas na vivência da gravidez com o grau de conhecimento, ou de intelectualidade, apresentado pelas mulheres acompanhadas.

Quanto menos intelectualizada é a mulher melhor ela aceita a gravidez. Isso pra mim é fato. E quem lida mal com a gravidez? Quem às vezes está num relacionamento instável, ou que teve uma gravidez sofrida anterior, com algum problema, então passa com esse fantasma da possibilidade de ter problema durante a gravidez toda e não se permite ser plena durante o processo... agora eu noto que quanto mais intelectualizada a mulher, mais ela vem, mais ela procura, mais dúvida ela tem. Quanto mais intelecto, mais ela foge da maternagem, do instinto, digamos, materno, que é discutido se existe ou não. E, assim, ela foge do corpo. (Ana, Entrevista 6).

Nesse momento, gostaria de discutir também como essa apropriação da gravidez transcende a esfera privada e assume espaço na esfera pública, tomando meu campo como recorte. Se para mim, como observadora, era empolgante perceber que em cada vez que nos encontrávamos suas barrigas estavam maiores, carregando literalmente mais novidades sobre o desenvolvimento dos bebês, o impacto sobre seus próprios corpos devia ser absolutamente perturbador. Não esqueço o dia em reencontrei Karol, na sua terceira consulta de pré-natal, e vi uma barriga imensa, que não condizia com as 14 semanas de gestação. Até me dar conta de que esse ‘não condizer’ estava carregado de uma percepção coletiva e padronizada, socialmente construída, do que seja um corpo grávido ideal. O reconhecimento desse estranhamento passa pela compreensão de que o processo gestacional materializado na barriga é totalmente particular porque a combinação dos aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais de cada gestação resulta numa equação única, individual. Embora nós, como sociedade, nos comportemos o tempo inteiro classificando-o: barriga pontuda, barriga alta, barriga estranha, barriga redonda, barriga bonita etc.

Ela sobe na cama e a enfermeira pede licença para começar o exame. Como é sua primeira vez com Sandra, se surpreende ao ver sua barriga e esbanja elogios, dizendo ser muito bonita. Até pergunta se Sandra usou algum óleo e qual foi. “Botimama, do Boticário”, ela responde. “Funcionou viu?”, diz a enfermeira. (Notas do Diário de Campo, p. 54).

Dessa apropriação coletiva da gestação oriunda um comportamento social praticamente generalizado e naturalizado: a interpretação da barriga como um objeto de domínio público. Bastavam alguns minutos numa sala de espera antes das consultas para começarem os comentários e questionamentos, geralmente vindos de familiares que acompanhavam outras gestantes: já sabe o sexo?; está de quantas semanas?; vai ganhar onde?; vai querer parto normal?; uma barriga tão grande!; bem redonda, né, vai ser menina?. Isso quando não chegavam e simplesmente colocavam a mão sobre a barriga sem qualquer pedido de autorização. E a cada pergunta se seguiam os relatos, os casos de alguém próximo que havia ganho o bebê de tal maneira, com tal médico, os longos e sofridos trabalhos de parto, às várias vezes em que ouvi ecoar a frase “foi parto normal, aliás, anormal, porque aquilo de normal não tem nada, né?”.

Enquanto aguardamos o chamado da obstetra, sentamos ao lado de duas mulheres que também esperam: uma é a mãe de uma jovem grávida que aguarda atendimento, sentada mais ao longe, e a outra é uma gestante à espera do quarto filho. É a mais velha que pergunta qual vai ser o parto de Eliane e ela diz que vai ser cesárea, e a senhora pergunta o porquê. Eliane diz que é porque vai ligar. E a senhora questiona a decisão dela, diz que ela é muito nova, pergunta se tem certeza. Percebo que Eliane começa a se incomodar um pouco, mas mantém a educação, e responde que não é tão nova assim, que já tem mais de 30 e é sua terceira gravidez. A mulher insiste, perguntando se ela não quer tentar um menino, e ela diz que não. (Notas do Diário de Campo, p. 51).

Norma me disse inúmeras vezes, em vários de nossos encontros, o quanto o excesso de perguntas das pessoas sobre a gravidez a incomodava, e por isso ela guardava, e pedia que seu marido Guilherme fizesse o mesmo, o máximo de informações para si. Ninguém além dos parentes mais próximos soube de sua gestação até a 14ª semana, quando conseguiu realizar o exame de translucência nugal e verificar que estava tudo bem com a formação genética do bebê, e mesmo assim me confidenciou que só contou aos pais e sogros porque precisava da ajuda financeira para custear alguns exames que fez na rede privada de assistência. Nina também confessou o quanto esse tipo de comportamento a incomodava.

Minha mãe me ajuda com algumas coisas que ela lembra, uns resquícios. E só. Fora isso só opiniões que são irrelevantes. Sabe? Quando uma pessoa me olha e pergunta ‘ah, você tá grávida?’ Ou ‘nossa, sua barriga desceu’. Quem são eles para falar que minha barriga desceu ou perguntar se eu estou grávida? Ou pra falar comigo ‘ah, você está comendo isso? Você está

grávida’; ‘Você tá andando assim? Você tá grávida’! Sabe? Então eu não dou vazão pra esse tipo de coisa. (Nina, Entrevista 1).

Este fenômeno da gravidez como um assunto público, sobre o qual a maioria das pessoas se sente à vontade para dar um palpite, produz-se com muita assiduidade nos espaços informais de interlocução, como as salas de espera de consultórios, os pontos de ônibus, os comércios em geral, as igrejas, as redes sociais etc. na maior parte das vezes se dão à revelia do desejo da gestante. Mas quando são assuntos partilhados entre gestantes existe um caráter de palpite, mas também de desabafo, quando algumas, em menor número que o geral, confessam não se sentir bem com a experiência que estão vivenciando.

O tempo vivenciado na sala de espera da consulta merece uma observação. Muitas vezes em circulação. Aliás, no João Penido é tudo muito: muitas grávidas, muito espaço, muitas opiniões. Uma das gestantes, grávida de seu terceiro filho não desejado, conduz o “debate”. Fala com muita clareza de sua insatisfação, das dores que está sentindo, do não-desejo de estar ali. Nem dela e nem do marido, que só apoiou a primeira gravidez. Quando outra gestante diz que Deus tem um propósito para tudo, ela pede desculpas e discorda. Diz que está grávida porque foi burra, e que não aborta porque não tem o direito de tirar a vida de ninguém. (Notas do Diário de Campo, p. 19).

Opiniões sobre o parto e rumores sobre o trabalho realizado no João Penido são variados, vão de elogios à críticas em fração de segundos. Há quem diga que lá é o melhor lugar e há quem diga que nunca sofreu tanto esperando uma cesárea que não chegava, culpa dos políticos de Brasília, que estão cortando recursos e obrigando os médicos a fazerem parto natural. Até uma multa de 250 mil reais por cesárea realizada aparece na conversa. Tirando uma menção à bola de pilates e ao chuveiro, nada mais que caracterize um ‘parto humanizado’ emerge na cena discursiva. (Notas do Diário de Campo, p. 20).

Mas a gravidez como um assunto público é um fenômeno que também pode acontecer nos espaços institucionalizados de cuidado, provocado por vozes autorizadas no campo da saúde. Acompanhei algumas reuniões de profissionais da saúde com gestantes que aconteceram na Unidade Básica de Saúde de Santa Luzia, organizadas pela enfermeira Ana e que funcionavam como espaços de interlocução nos quais seus alunos de graduação em enfermagem ou residentes em enfermagem obstétrica punham em prática o componente pedagógico de suas formações. Nesses encontros pude observar uma circularidade de discursos dos mais diversos tipos, com predomínio de expressões originadas nos discursos médicos/científicos, e de expressões originadas no senso comum, nas crenças e valores tradicionalmente arraigados na sociedade. Ao falarem sobre os temas relativos à gravidez, os enfermeiros compartilhavam sempre muitas memórias e referências pessoais, como a dica da casca de mamão sobre o mamilo para hidratar durante o período de amamentação; os pés

inchados da esposa grávida de um enfermeiro, que sequer conseguia amarrar a sandália e precisava da ajuda do companheiro; os dois filhos de outro enfermeiro e as lembranças do quanto era complicado ter uma vida sexual normal, e por isso ele mesmo, homem, aconselhava os maridos presentes a terem paciência. Havia também os momentos em que os enfermeiros que conduziam os debates convidavam às mulheres gestantes que já tinham outros filhos a contarem sobre suas experiências com a gravidez, o parto, a amamentação. Até amigos e familiares das gestantes presentes eram convidados a falar.

Quando a enfermeira perguntou qual dica as mulheres que já eram mães dariam para as primíparas, uma das mulheres presentes no grupo, muito participativa, respondeu que aconselhava só ir para o hospital quando as contrações estivessem ritmadas, porque era muito ruim ficar tempo demais naquele ambiente. A enfermeira concordou com o depoimento e até recomendou um aplicativo que faz a contagem das contrações, mas ressaltou que se ir ao hospital lhes daria mais segurança, era melhor que fossem. (Notas do Diário de Campo, p. 8).

Assim, digo que nesses momentos de interlocução profissional de saúde/gestante foi possível observar a circulação de outros discursos além do prescritivo-medicamentoso, dentre os quais eu gostaria de apontar: o discurso da idealização da maternidade, radicado na ideia da gravidez como uma dádiva, e por isso necessariamente feliz; o discurso sobre gênero e sexualidade, com destaque para os aconselhamentos em torno da manutenção de uma vida sexual ativa; o discurso do humor como antídoto para as mudanças no corpo feminino decorrentes da gravidez e seu impacto na vida sexual.

“Fico tão feliz quando a mãe está curtindo o bebê”, diz a enfermeira durante a consulta. “Tem tanto bebê rejeitado, as mães vêm aqui sozinhas, nem nome dão aos filhos, é ‘esse menino’, ‘essa menina’, triste de se ver”. (Notas do Diário de Campo, p. 44).

Ana pergunta se ela tem tido relações sexuais. Karol diz que não, que não quer, e faz uma expressão de nojo. “Minha bebê não quer que fique apertando ela, é uma pessoa já”. No que Ana responde: “Relação sexual não é só penetração. Pensa que você tem que deixar seu bem ‘em dia’. Depois que nascer vem o puerpério, e aí mesmo você não vai poder”. (Notas do Diário de Campo, p. 44).

Antes de sentar-se à cama, Marielle menciona que está com uma “calçola da vó”, e Ana responde, em tom de brincadeira, sobre o quanto “falta glamour” na gravidez. Marielle ri, parece concordar, e Ana continua: “Mas tem jeito de dar certo, é só apagar a luz”. (Notas do Diário de Campo, p. 40).

É possível observar que os discursos acima mencionados se situam no espectro das tematizações de gênero e sexualidade, trabalhando a favor da produção de uma idealização da maternidade e reforçando a ideia dos papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres. O

primeiro, um discurso de aprovação de Ana sobre a felicidade com a gravidez, e da censura ao sentimento oposto, não deixa de ser um discurso prescritivo, embora seja uma prescrição não medicamentosa, mas moral. Ele produz a representação da gravidez como um estado de plenitude e felicidade, que ela sugere ser possível e recomendável para todas as grávidas. O segundo, com insinuações sobre as obrigações das mulheres junto aos seus parceiros (*deixar seu bem 'em dia'*), carrega marcas discursivas de machismo e tradicionalismo, a manutenção da ideia de que o corpo feminino, mesmo grávido, deve estar atento e servir à satisfação do homem. E o terceiro, pela via do humor, reforça a ideia de que um corpo grávido está carregado de deformidade e ausência de sensualidade, necessitando, para ser desejado, esconder-se sob uma luz apagada do quarto.

Essas abordagens sobre corpo e as emoções mobilizadas na gestação também me fazem refletir sobre uma performance dinâmica dos indivíduos que às vezes se modifica a partir diferenciação entre os gêneros atuantes, e às vezes se assenta na diferenciação entre as categorias profissionais. Diálogos como esses, repletos de expressões informais e íntimas, não ocorreram com tanta fluidez quando os dois sujeitos, profissional e saúde e paciente, eram de gêneros distintos, homem x mulher; e nem quando o profissional de saúde em atendimento era um médico e não um enfermeiro; o que significa que numa escala de 'tornar mais íntimo' o atendimento, que se mediria pela partilha de uma gramática mais despojada e pessoal, médicos homens estiveram no topo do distanciamento. No primeiro caso, em se tratando de profissionais homens atendendo mulheres, trabalhava-se a favor de uma suposta 'neutralidade' que as ciências médicas dizem carregar e que os médicos, sobretudo os de sexo masculino, ainda são ativos em sustentar. Como quando o médico residente que acompanhava o pré-natal de Sandra, realizado pelas enfermeiras, sequer olhou para as mulheres durante o exame, a partir do momento em que a blusa de Sandra fora levantada para o toque nos seios. Ele se afastou, num sinal consciente ou inconsciente de que aquele território não deveria lhe pertencer. Esse status de neutralidade é um construto histórico, lembrando que até o século XIX o corpo feminino era um interdito para o universo masculino, sendo considerada uma indecência o seu toque por outros sujeitos que não os maridos; e muito por isso a prática obstétrica viveu séculos sob domínio das mulheres (ROHDEN, 2006). No segundo caso, relativo à performance médica em distinção da enfermagem, cito o exemplo de um exame de anamnese completo (pupila, garganta, seios, pulmões, coração etc) sendo realizado por uma obstetra em uma paciente, no qual o toque nos seios foi acompanhado de uma sequência de termos e orientações técnicas sobre pega correta na amamentação, rachadura nos mamilos,

presença de colostro, não deixando margem para a insinuação de qualquer discurso que não o médico-prescritivo.

Diante dessas situações sou provocada a pensar nas articulações possíveis entre gênero, pudor, religião, que encontrei em campo. De alguma maneira, no processo de agenciamento desses corpos grávidos, dá-se continuidade a um modelo de cuidado intermediado por forte presença do feminino como elemento significativamente moderador. A presença de mulheres nas cenas de pré-natal e parto foi muito mais significativa do que a presença de homens. Claro que encontrei médicos, enfermeiros e agentes de saúde do gênero masculino envolvidos nos processos de cuidado da gravidez e do parto, mas as mulheres eram mais presentes tanto em número como em qualidade subjetiva da abordagem. Quando havia exclusivamente mulheres em consultório, as conversas eram mais demoradas e diversificadas, contemplavam temas cotidianos de forma mais fluida do que diante da presença de homens, o que pode apontar uma resignificação contemporânea da partilha de hábitos e afetos, que estava lá nas parteiras, nos séculos passados, e está agora situada entre mulheres e enfermeiras.

3.3 O FINAL

3.3.1 Não aguento mais: luz no fim do túnel

“Já fica tudo ruim. A cama fica ruim, sentar é ruim, ficar de pé também. A coluna não tem posição” (Notas do Diário de Campo, p. 47). A descrição de Eliane, que à época estava com 33 semanas de gestação, depõe um pouco sobre a vivência do terceiro trimestre, e a iminente preparação para o parto, ou o ‘Dia P’, como dizem diversas mulheres participantes de grupos sobre maternagem ativa na rede social *Facebook*. Esse trimestre tem início por volta da 28ª semana de gravidez. Na 37ª semana gestacional o bebê passa a ser classificado como ‘termo precoce’, e na 39ª até o final da 40ª semana atinge seu ‘termo completo’, e é considerado suficientemente formado para vir ao mundo, fisiologicamente falando, podendo a gravidez se estender até a 41-42 semanas. Com exceção de Cida e Norma, que se desligaram da pesquisa antes do período do parto, pude acompanhar a formação de barrigas enormes, em corpos diversos, as transformações físicas acompanhadas de mudanças psíquicas e comportamentais. Vi que o desconforto e a ansiedade se tornaram mais presentes, mais

concretos novamente (como o foram no começo da gravidez) com a aproximação do parto, embalados por cólicas, dores por todo o corpo e especialmente nas costas, bexigas sempre cheias carecendo de serem esvaziadas em minutos, dificuldades de evacuar e hemorroidas, incertezas sobre o tipo de parto e luta pelo parto desejado, medo do futuro e da capacidade de exercer uma boa maternidade. Vi também a alegria com a partilha dos ‘álbuns de gestantes’ e das imagens dos últimos ultrassons. A atenção em torno dos sinais de trabalho de parto fica plenamente evidente, e além da gestante, todo o entorno parece enaltecer a iminência do nascimento, quando as consultas de pré-natal de últimas semanas nunca vinham desacompanhadas de comentários sobre a proximidade do momento e de desejos de um bom parto. A crescente expectativa das mulheres sobre o fim da gravidez estava presente em suas queixas nos consultórios, como é possível observar nos trechos a seguir.

Bem que me disseram que o incômodo viria depois dos oito meses. Eu não acreditava. Mas, ó, é verdade. (Sandra – Notas do Diário de Campo, p. 50).

Nina diz que não tem se sentido bem, que não vê a hora da gestação terminar, que tem sido muito diferente da anterior, que está enjoando até hoje, com 38 semanas, e está cansada. A mãe também começa a participar da consulta e diz que na primeira gravidez ela caminhava mais, tinha mais tempo para descansar porque não trabalhava fora. “É, eu ficava de flozô, só por conta disso”, diz Nina, num misto de nostalgia e ressentimento. (Notas do Diário de Campo, p. 61).

Já sei como é o puerpério. Só que é tudo que eu sei e mais um bebê. E a soma nunca dá três, é 333... Até minha filha mais nova já entendeu a coisa e grudou em mim, nem o pai serve mais. (Marielle – Notas do Diário de Campo, p. 64).

No terceiro trimestre desandou tudo de novo. Eu de novo fiquei sem dormir, conseguia comer bem porque não tinha enjojo, mas tinha azia, queimação, muitas dores... dor nas costas, dor na pélvis, muitos incômodos... era cândida, era hemorroida que chegou num nível desesperador. Me dava ódio quando alguém olhava pra minha cara e perguntava ‘o que foi?’. Eu queria xingar a pessoa. O que foi? Tudo. Então chegou um ponto que eu tava só irritada, cansada, rosnando, nervosa, doida pra ele nascer logo, pra acabar logo isso. (Manuela, Entrevista 3).

Nesse trimestre, quando as consultas de pré-natal já são quinzenais e a partir da 38ª semana se tornam semanais, duas coisas me intrigavam enormemente no que diz respeito à comunicação e à informação, e seus discursos em circulação: a discreta presença dos temas ‘trabalho de parto’ e ‘parto’ durante a clínica, e a quase inexistência de orientação sobre a escolha da maternidade; ambos preceitos da Política de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento. Quando entrevistei Ana inquiri-a sobre esse fato, e ela me respondeu que há realmente orientações protocolares sobre os temas a serem abordados em cada fase das

consultas, recomendadas pelos órgãos governamentais, mas que cada profissional tem o seu esquema pessoal de promover uma interlocução nesse sentido. No seu caso, tais temas começavam a ser tratados a partir da 26ª semana gestacional, quando já era possível, para algumas mulheres, o início das contrações de treinamento, acompanhadas de cólicas que precisavam ser diferenciadas das cólicas características do trabalho de parto e do parto. Já Sandra, que não foi acompanhada por Ana, recebeu orientações sobre esses dois momentos apenas em sua penúltima consulta de pré-natal na UBASF, e a enxurrada de informações foi tão intensa que eu mesma tive dificuldades de acompanhar as orientações com precisão. Apenas durante a feitura do Diário de Campo, com base nos trechos das falas que consegui registrar, é que consigo compreender que as informações seguem uma lógica objetiva de caracterização dos encaminhamentos, do tipo ‘primeiro vai acontecer isso, depois aquilo’. Pensando na mobilização de emoções como o medo e ansiedade, que adquirem contornos extraordinários com a aproximação do momento do parto e a chegada de uma nova vida a ser cuidada, ou mesmo nas diretrizes da Política de Humanização do Pré-natal e do Nascimento, não percebo a estruturação de uma fala sobre o processo de acolhimento da gestante em trabalho de parto, sobre os direitos que ela possui na vivência desse processo (com exceção do direito ao acompanhante, que é o mais popular e disseminado dentre todos), sobre as intervenções médicas que ela pode vir a experimentar e seus efeitos, e assim sobre seu direito de escolha. Tampouco há nomeação ou significação de procedimentos que podem vir a ser pronunciados na realização do parto: ocitocina, episiotomia, litotomia, tricotomia, manobra de Kristeller, nada emerge com concretude na linguagem escolhida para abordar o nascimento. Destaco um trecho do registro dessa consulta.

E Angelina introduz o tema ‘trabalho de parto’. Um jorrar de informações técnicas vai saindo quase sem pausa, sinto dificuldades até de decidir se anoto o que estou ouvindo ou se apenas observo as reações de Sandra, e opto por tentar conciliar as duas coisas. Ela diz que o trabalho de parto pode ser longo, com uma média de duração de 9 a 11 horas. Fala das contrações muito rapidamente e depois já emenda com o cordão umbilical, dizendo que caso esteja tudo bem recomenda-se cortar tardiamente, por tudo bem leia-se ‘sorologias para certas doenças, como HIV e sífilis, negativa’. Fala sobre o direito ao acompanhante e recomenda que ela escolha uma pessoa calma, já que ela provavelmente estará nervosa. Diz que o bebê vai passar por uma série de exames após o nascimento e estando tudo bem vai direto ficar com ela em alojamento conjunto. Angelina também explica que não há parto bom e parto ruim. Que o mais natural, o mais fisiológico, é o parto normal, e que a recuperação da cesárea é mais longa. “Tem que repousar, passar álcool. Se fizer parto normal no outro dia está pronta pra outra. Então se puder priorizar, prioriza o parto normal, se não puder, não precisa ter medo da cesárea”. (Notas do Diário de Campo, p. 53-54).

Em contraposição, nessa mesma consulta feita por Angelina e outra enfermeira, residente, são dadas inúmeras orientações sobre amamentação. Sobre não permitir que a maternidade administre fórmula para alimentar o bebê, sobre a pega correta dos seios para garantir uma amamentação eficiente, sobre a importância do ato para a formação de vínculo entre mãe e bebê, sobre a quantidade de tempo que o bebê deve ficar em cada mama e assim por diante. Foi um momento em que se tornou evidente a prioridade do conceito diante da mulher, que logo mais seria uma puérpera. É interessante notar que sendo o pré-natal um espaço de interlocução privilegiado, donde o discurso especializado encontra um território aparentemente estável, acaba por disseminar os discursos médicos/científicos que vêm, desde o século XIX, trabalhando na ideia de que o leite materno é o melhor modo de assegurar uma alimentação e um desenvolvimento seguro para o bebê, conforme aponta Kalil (2012). Segundo a autora, a partir do movimento higienista difunde-se a ideia de que não amamentar, que era o hábito das mulheres, significa infringir as leis da natureza.

Aliás, também basicamente não se fala sobre o ‘puerpério’, nem no terceiro trimestre e nem durante o pré-natal como um todo, ao menos não no recorte contemplado por essa etnografia. Não registrei narrativas de profissionais de saúde que alertassem e orientassem sobre as transformações fisiológicas e emocionais que seguiriam ocorrendo com o processo de readaptação do corpo a uma condição de não-gravidez, ou de pré-gravidez. Quando se falou sobre o período pós-parto, falou-se basicamente sobre os procedimentos clínicos aos quais tanto mãe quanto bebê deveriam submeter-se para prevenir doenças e promover saúde: consultas, vacinas, aleitamento materno. Ou seja, a informação disponível foi focada na dimensão técnica da experiência, silenciando quaisquer aspectos relativos ao campo da psique e das emoções.

A escolha da maternidade, ou a informação sobre qual estabelecimento se dirigir e o que fazer quando lá estivesse, que também é um direito da gestante, tampouco apareceu como um assunto de rotina; emergindo somente quando provocado pelas dúvidas expostas pelas gestantes. Sandra, que desejava realizar seu parto no Hospital Regional João Penido, perguntou à médica se já poderia ir conhecer o espaço, ou mesmo fazer o final de seu pré-natal lá, para ir conhecendo as equipes, e aí sim obtive uma orientação sobre como agir, e uma sugestão sobre parir em outro serviço de saúde, mais próximo de sua casa. Também Nina, que temia que sua bolsa estourasse a qualquer momento e tinha dúvidas sobre como lidar com isso, recebeu de Ana a orientação sobre o que fazer.

Nina: E se a bolsa estourar, o que eu faço?

Ana: Vem aqui que eu olho. Bolsa rota com natinha, sanguinho, é bom. É sinal de trabalho de parto.

Nina: Venho com essa calminha?

Ana: Com essa calminha. Se a bolsa estourar e o líquido sair verdinho, desce pra maternidade. (Notas do Diário de Campo, p. 62).

É importante ressaltar que com exceção de Sara e Eliane, todas as gestantes que acompanhei até a data do parto mantiveram suas classificações de risco como habitual, e que o contato delas com Ana pelo aplicativo de mensagens *Whatsapp* era sempre muito tranquilo e eficaz, de acordo com seus relatos. Quaisquer intercorrências poderiam ser orientadas rapidamente através dessa mediação tecnológica. Apesar disso, a percepção que se forma é de que no geral pré-natal e parto são partes dissociáveis do mesmo processo. Unidade Básica de Saúde e hospital não se mantêm conectados, a salvo, talvez, no processo de preenchimento das informações nos bancos de dados governamentais para o custeio dos procedimentos. A integralidade na assistência à gestante nesse aspecto, portanto, é ainda um projeto, e o vínculo em torno do qual se desprende tanto tempo de construção durante o pré-natal se perde no decurso da preparação para o parto. O que acontece na prática é que a gestante acaba escolhendo a maternidade com base em seus partos anteriores, em informações de parentes e amigos, e até por sugestão de profissionais de saúde, mas em caso de risco habitual ela chega ao hospital sozinha, no momento que acredita ser o ideal para pleitear uma internação, donde não faz diferença ter feito pré-natal dentro ou fora do Sistema Único de Saúde. Manuela desejava viver seu parto no Hospital Regional João Penido, referência em parto humanizado na rede pública da cidade, e na falta de acolhimento em sua chegada acabou vivenciando-o na Santa Casa de Misericórdia. Sara sabia que viveria seu parto nesse mesmo hospital porque seu primogênito lá nascera e porque era funcionária desse estabelecimento de saúde, conhecendo e sendo conhecida de muitas pessoas no local. Eliane teve sua cesárea realizada no Hospital São Vicente de Paulo (HTO), quando também realizou sua laqueadura. Sandra, Nina e Karol ganharam seus bebês no Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus. E Marielle, única exceção nesta etnografia com partos hospitalares, teve seu filho em casa, como o fez em sua segunda gravidez.

Sara compartilha com as demais gestantes a escolha pela vivência do parto no Hospital Regional João Penido, diz que lá poderá ter plano de parto, ouvir música, ter chuveiro, bola, e já viu até pai tocando violão durante a espera. (Notas do Diário de Campo, p. 9).

Cheguei na escolha do João Penido pesquisando sobre as melhores possibilidades para o parto natural em Juiz de Fora. Aí foi no boca a boca. Teve algumas pessoas que me falaram, mas o que me convenceu mesmo foi internet, rede social, relatos de parto de outras pessoas, e aí detalhando,

explicando como foi, e aí eu achei que lá era a melhor opção, mesmo tendo algumas referências também negativas, mas que em comparação do quadro geral era o melhor. (Manuela, Entrevista 3).

Dessas motivações explícitas extrai-se que a escolha sobre o local para vivenciar o parto é precedida por uma escolha pelo tipo de parto que a gestante deseja ter, quando sua classificação de risco “permite” que ela tome essa decisão. Nesse sentido, parecia muito claro que as mulheres que desejavam ter um parto normal, que desejavam ter menos risco de expor-se a uma cesárea, ou mais especificamente falando, um parto vaginal hospitalar, acabaram escolhendo de imediato o Hospital Regional João Penido; ou, sendo esse um estabelecimento muito distante do centro da cidade, como segunda opção tinham o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus ou a Santa Casa de Misericórdia. Com exceção de Sandra, que não desejava parto normal de forma alguma, e acabou vivendo uma cesárea no Therezinha de Jesus. É importante ressaltar o quanto a internet, e especialmente as redes sociais, com seus inúmeros grupos sobre parto natural e parto humanizado, tem modificado a importância atribuída às experiências individuais, nesse caso manifestas através de narrativas de parto que em muito impactam a tomada de decisões de outras mulheres, como foi o caso de Manuela, para quem a leitura rotineira de relatos de parto em grupos de redes sociais era usada como uma estratégia de preparação para a sua própria experiência.

E a escolha do tipo de parto, por sua vez, esteve relacionada nessa etnografia a dois principais aspectos: a experiência com partos anteriores, no caso das múltiparas Sara, Nina, Cida, Marielle e Eliane; e o medo de viver um tipo específico de parto, seja cesárea ou vaginal, no caso das primíparas Sandra e Manuela.

O parto do primeiro filho de Sara foi normal. Foram 18 horas de trabalho de parto, com cinco horas de dor intensa, de 7h às 13h, quando ele nasceu. O processo aconteceu no Hospital Regional João Penido. Disse que teve chuveiro e teve bola, e que só assim se sentia mais aliviada, pois não conseguia ficar deitada. Ela contou ter ido à consulta com 41 semanas e na ocasião a médica sugeriu induzir progressivamente o parto, no que ela concordou. Mas a indução teve início às 10h e Sara só começou a ter contrações 1h da manhã seguinte. (Notas do Diário de Campo, p. 8).

Cida contou que seus gêmeos nasceram de cesárea e foi uma experiência horrível. Os pontos demoraram a cicatrizar, infeccionaram, a demanda com os dois não a deixava descansar, e agora só deseja cesárea porque quer fazer a laqueadura. (Notas do Diário de Campo, p. 8).

Sandra deseja fazer cesárea porque acredita nos perigos de descolar sua retina durante o parto normal. E por isso vai pedir para ser transferida para o Hospital João Penido, para fazer o pré-natal lá, e tentar já ir convencendo a equipe a não lhe propor um parto normal. Foi a primeira vez que ouvi essa perspectiva sobre o hospital: ela confia na estrutura, acredita nas

referências sobre as equipes, mas não deseja ter um parto normal, nem ser obrigada a fazê-lo, pois sabe que aquele é um espaço de referência nesse tipo de parto na cidade. (Notas do Diário de Campo, p. 17).

E aí pari em casa, com uma equipe de enfermagem obstétrica, essa e mais outra, e duas doulas amigas, e foi lindo, não foi rápido, mas não teve ocitocina sintética... minha filha nasceu empelicada, nasceu na bolsa, não rompeu, ela mesma rompeu quando desprendeu o ombro, foi no tempo dela. Foi lindo e agora quero repetir, porque em time que ganha a gente não mexe. (Marielle, Entrevista 4).

Nina diz que sua primeira filha nasceu de parto normal, com nove horas de trabalho ativo, e que uma hora depois estava de pé, amamentando e embalando a filha, que não parava de chorar. (Notas do Diário de Campo, p. 46).

Perguntei à Eliane por quais razões ela gostava tanto de cesárea, e ela disse que o parto da irmã foi traumático para ela no sentido de não desejar ter parto normal. “Ela ficou sofrendo por dias, indo pro João Penido e voltando, pra que isso? Depois que fiz a primeira cesárea decidi que todas seriam assim”. (Notas do Diário de Campo, p. 51).

Os relatos assim dispostos apontam que as multíparas escolheram repetir suas experiências de parto anteriores, tenha sido parto vaginal ou abdominal, o que significa que essas experiências cabiam em seus sistemas de crenças, valores e relações, quando não foram cogitadas rupturas nos modelos anteriormente experienciados (com exceção de Cida, que não gostaria de fazer novamente uma cesárea, mas faria para conseguir ter acesso à laqueadura). Mesmo que algumas delas compartilhassem da perspectiva e do discurso de que ‘cada parto é um parto’, o que poderia tornar seus segundos e terceiros partos distintos dos anteriores, lhes dava mais segurança a escolha por um caminho composto de elementos já conhecidos e experimentados. Para as primíparas, contudo, a ausência de experiência de parto, se configurava como um cenário formulado por muitas curiosidades, agenciado fortemente pelas falas dos outros atores que lhes eram caros, e cercado de muitos medos, especialmente o medo da dor e do parto vivido ser prejudicial a elas e a seus bebês. Coincidentemente pude acompanhar durante essa etnografia um trecho do trabalho de parto justamente das primíparas Sandra e Manuela, e gostaria de dedicar os próximos parágrafos a descrevê-los e problematizá-los à luz de suas projeções anteriores e de como elas se materializaram, ou não, na vivência do nascimento de seus filhos.

❖ Sandra

No dia 5 de setembro de 2018 recebi, por volta das 8h30 da manhã, a mensagem de Sandra avisando que estava no Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, aguardando ser

internada, sua bolsa rompeu por volta das 2h da madrugada. Quando lá cheguei, quase 11h, ela já estava no leito de parto normal, com a irmã, e como só podia ficar em contato com um acompanhante, não pude vê-la. Voltei à tarde, no horário de visitas, e a encontrei com sua avó. Estava bonita, cabelo escovado e unhas feitas. Reclamava um pouco de dor, mas visivelmente notei que as contrações ainda não estavam ritmadas, e que o trabalho de parto talvez levasse um bom par de tempo para engrenar. Ela me contou que a médica introduzira um comprimido em sua vagina, para induzir as contrações, desde a internação, mas não houve progresso nesse sentido. Estava mal-humorada pela fome que a abatia e me disse que não queria comer porque havia a possibilidade de fazer cesárea, que ela desejava e que era incentivada pela avó. Conversei um pouco com ela, sugeri que comesse, que nada ia caminhar tão rápido quanto ela gostaria, nem cesárea e nem parto normal, e em todo caso era melhor esperar alimentada. A médica entrou na sala para reavaliá-la. Fez mais um toque, 2 cm de dilatação ainda. Colocou mais um comprimido. Sandra mencionou a fome, e a médica perguntou porque ela não havia almoçado, pois tinha prescrito dieta livre para ela. E a marmitta tinha vindo, ainda estava lá no quarto, inclusive. A médica disse ainda que poderia colocar um máximo de seis comprimidos na vagina, mas que acreditava que aquele seria suficiente. Tanto Sandra quanto sua avó interpretaram que ela só colocaria aquele, e se continuasse não fazendo efeito poderia ir para a cesárea. Como não havia muito o que fazer além de oferecer meu apoio, fiz-lhe umas massagens, brincamos um pouco, mas eu sabia que aquele evento estava marcado da seguinte maneira: havia a possibilidade de um parto que atendia minimamente aos preceitos do parto humanizado – com indução, com chuveiro, com leito reservado, com acompanhante, com dieta liberada – que estava sendo interpretado pela gestante e sua família como uma imposição de parto normal. Fiquei com elas até 17h30 e por volta das 21h mandei mensagem para sua irmã, pedindo notícias. Ela disse que a neném ainda não havia nascido, e Sandra aguardava a médica chama-la ao centro cirúrgico. Na manhã do dia seguinte mandei novamente mensagem e recebi as fotos da bebê recém-nascida, sendo pesada, mamando, e arrumada feito uma boneca. A cesárea aconteceu por volta de meia noite, e ambas passavam bem (Notas do Diário de Campo, p. 65).

❖ **Manuela**

No dia 11 de junho de 2018, pela manhã, eu estava terminando de entrevistar Karol quando o irmão de Manuela me enviou uma mensagem avisando que ela começara a sentir as contrações desde a madrugada. Fiquei animada com a notícia, pensando que agora sim, ia

engrenar. No sábado à noite tínhamos ido ao Hospital Regional João Penido, para ela ser examinada por conta de um líquido que suspeitou ser da bolsa e não era. Chegando em sua casa encontrei-a sentada na varanda, lanchando nos intervalos das contrações, e marcando-as todas num aplicativo em seu celular. Era por volta de 10h. Ficamos o restante da manhã conversando e pegando o ritmo do acontecimento, tanto das contrações quanto da contagem delas, buscando familiaridade com o dispositivo tecnológico. Perto do almoço chegou sua mãe, ansiosa e nervosa; depois o pai da criança; e ficamos nós cinco durante todo o dia, nos revezando no suporte físico e emocional necessário ao momento. Um bom almoço foi preparado, as contrações ficaram espaçadas e Manuela conseguiu dormir um sono. Seu irmão e o pai da criança encheram a piscina inflável e a tarde foi correndo tranquila e festivamente, o clima era ótimo. Manuela levantou por volta das 16h, se alimentou, e depois de um tempo sentiu vontade de entrar na piscina. Ligou o som do celular com a playlist há tempos construída e estávamos todos ali, disponíveis ao que fosse necessário. Seu irmão fez algumas massagens, sua mãe tricou um pouco ao seu lado, no sofá, eu fiz algumas fotos, e o fio condutor de tudo isso era o crescente ritmo das contrações e seu registro no celular. Por volta das 19h vim em casa tomar um banho e alimentar meus cães. Quando retornei, Manuela ainda estava na piscina. Lanchou lá mesmo e ficou de molho até relatar que desejava ir ao hospital, para ser avaliada. Sua hemorroida incomodava demais. Tomou um banho de chuveiro, lavou o cabelo, e a dor crescendo... vestiu uma roupa confortável, cortou as unhas das mãos, colocamos tudo no carro, e a dor crescendo... Fomos ao João Penido e depois de um certo tempo esperando para ser avaliada aconteceu a primeira de suas frustrações, estava apenas com 1,5cm de dilatação e o hospital recomendou que ela voltasse pra casa e esperasse as contrações ritmarem em definitivo. Ocorre que teoricamente, baseada nos conhecimentos apreendidos, havia sim um ritmo engrenado desde a madrugada anterior, e quando perguntou como saberia disso, como saberia que seria hora de voltar, ouviu da enfermeira apenas que ela saberia, naturalmente saberia. Sua mãe então entrou em contato com a Santa Casa e perguntou se lá internavam com essa dilatação. Letícia estava sentindo tanta dor que concordou com a decisão, tinha medo de voltar para casa e não saber o que fazer diante do que acontecia. Fomos à Santa Casa e lá chegando quem estava na porta de entrada era sua pré-natalista, uma médica que conhecidamente não fala muito a linguagem da humanização. Mas ela fez a internação de Manuela, que subiu apenas com a mãe como acompanhante. Lembro que estava com seu irmão dando entrada na papelada quando a médica desceu e disse que a bolsa dela havia rompido. Fiquei feliz na hora, mas só depois do parto soube que na verdade foi a médica quem rompeu sua bolsa durante o exame, sem consentimento de Manuela, como fazia

costumeiramente nos seus plantões. Ela subiu por volta de meia noite e ficamos lá embaixo eu, seu irmão e o pai da criança, numa longa madrugada aguardando notícias, que só chegaram por volta das 5h. 8cm de dilatação e Manuela lá, lutando pelo parto normal. Vencidos pelo cansaço fomos embora. O bebê nasceu às 7h20 do dia 12/06, com quase 4 quilos, de parto normal na cadeirinha, porém com episiotomia (Notas do Diário de Campo, p. 37-38).

Nas duas situações podemos refletir sobre o desejo de um parto humanizado, porém sob diferentes perspectivas. Para Sandra, que temia o parto normal e a ideia de uma força que precisaria desprender para a expulsão do bebê, humanizada seria a decisão mais breve por uma cesárea, o que não compunha a política do hospital público, signatário do PHPN. É certo que posso falar com propriedade apenas do que vi, e como fiquei um tempo com Sandra já no leito onde estava internada, vi que a estrutura física da Maternidade Therezinha de Jesus era razoável – limpa, com leito exclusivo, com profissionais que vinham sempre que chamados etc. E Sandra não evoluiu nas contrações, ainda que induzidas, pois seu corpo não respondia ao que a política de parto vigente entendia como necessário naquele momento, e não ela; e por isso quanto mais o tempo passava, mais ela se sentia subjugada pelo atendimento recebido. Até mudar o plantão e ela conseguir, finalmente, ter acesso a uma cesariana.

Já Manuela desejava um parto humanizado dentro dos moldes da Medicina Baseada em Evidências, ela escolheu o Hospital Regional João Penido para vivenciar seu parto, passou a fazer as últimas consultas de pré-natal nele porque tinha o desejo de conhecer minimamente as equipes de plantonistas, fez a visita ao centro de parto conduzida pela assistente social do estabelecimento, escreveu um plano de parto detalhado, tudo absolutamente refletido e precavido, como alguém que tenta prevenir um parto não desejado. Na noite que antecedeu o nascimento de seu bebê, depois de longas horas de trabalho de parto em casa, Manuela foi atendida por uma equipe que ela nunca tinha visto, que lhe disse que sua dilatação não chegava a 2 cm e a mandou voltar para casa e retornar quando estivesse em estágio mais avançado. Ela então perguntou como saberia disso, como saberia que já era hora de retornar, já que tudo o que sabia, todo o conhecimento teórico que havia aprendido e acumulado durante a gravidez sobre trabalho de parto parecia estar paulatinamente caindo por terra, e a médica residente respondeu apenas que ela saberia, naturalmente saberia. O argumento do saber natural, instintivo, quase automático, que não fazia qualquer sentido para Manuela e para as dores que sentia naquela situação. Ocorre que o João Penido situa-se cerca de 20 quilômetros do centro de Juiz de Fora, distância que se amplia pela baixa qualidade da estrada e o intenso tráfego de veículos, não sendo um local de acesso fácil em caso de urgência. Mas

mesmo que ela quisesse ficar lá esperando o trabalho de parto evoluir, sua internação não era permitida porque não tinha a dilatação mínima, usada como critério de admissão. Por essa razão ela se deslocou para a Santa Casa de Misericórdia, onde a obstetra que a internara rompeu sua bolsa sem consentimento, durante a avaliação inicial para internação; a outra obstetra responsável pelo plantão dedicara-se a ensinar os residentes sobre procedimentos como indução, analgesia e episiotomia; e os residentes que a atenderam, por sua vez, sequer tinham qualquer experiência de um parto que não fosse com a mulher deitada em posição horizontal; e quando Manuela desejou parir de cócoras na cadeirinha (que existia no hospital e era justamente feita para isso), todos estavam nervosos, tentando impedi-la, temendo que o bebê escorregasse. O processo de Manuela me ensinou que a ‘luta por um parto humanizado’ é um processo corporal – o corpo é político com certeza – uma negociação procedimento a procedimento, e mesmo diante de um plano de parto cuidadosamente elaborado lá estava a gestante vivenciando coisas que não concordava e que fez questão de registrar. E não apenas registrar, mas discutir e esclarecer dúvidas sobre seu plano de parto durante a última consulta de pré-natal. Portanto, considerando o preceito “respeito e estímulo ao protagonismo feminino” como diretriz de um parto humanizado, podemos dizer que ambas foram violadas, em maior ou menor grau, em suas primeiras experiências de parto.

Antes mesmo de vivenciarem o nascimento de seus bebês, Marielle e Manuela tinham uma percepção sobre parto humanizado que mobilizava alguns sentidos que eu gostaria de registrar.

Então... Hoje, mais do que nunca, parto humanizado é respeito ao protagonismo da mulher. É o primeiro pilar que me vem. Só que pra mim, respeitar o protagonismo hoje em dia é ter certeza de que a pessoa viveu o pré-natal da melhor maneira possível, com as melhores informações, fazendo as melhores escolhas que ela podia fazer. Então para mim é isso, hoje, é poder ser protagonista. É viver fazendo realmente as escolhas e tendo as escolhas para fazer. (Marielle, Entrevista).

Um parto humanizado pra mim, em primeiro lugar, é uma questão de assistência. Uma assistência que realmente preze pelo meu bem estar, respeitando as minhas escolhas, as minhas decisões, e não só respeitando como ajudando a se fazer cumprir as minhas escolhas. E onde exista conhecimento baseado em evidência científica. Eu digo isso porque pra mim, pessoalmente, um parto humanizado é um parto que ocorre de forma natural, com um mínimo de intervenção possível, etc etc, mas isso é pra mim. É aí que entra a minha escolha. Eu acredito que pra uma outra pessoa um parto humanizado não necessariamente vai ser com um mínimo de intervenção, vai ter uma anestesia, uma coisa assim, e ok. Desde que ela esteja bem informada, sendo apoiada por uma profissional que tá informando mesmo, que tá ajudando a cumprir tudo o que essa pessoa tá tentando. (Manuela, Entrevista).

Já que buscamos compreender o processo de construção do cuidado com a gravidez, modulado pela existência de uma política pública e por outras tantas dimensões práticas e subjetivas da existência, o que parece relevante apontar, portanto, é que sem levar em conta os sentidos de humanização presentes na psique e nas práticas das gestantes não parece possível produzir um atendimento que seja de fato humanizado. Justamente porque ser humanizado para um sujeito não significa ser humanizado para outro sujeito, em que pesem suas crenças, valores, capitais culturais, modos de perceber o mundo e de agir sobre suas determinações. E em que pesem também os medos, territórios movediços diante dos quais é difícil movimentar-se sem afetar uma ou outra coluna que sustentam todos os planos construídos para os rituais de nascimento de cada indivíduo.

A última questão do roteiro de entrevistas para as gestantes era sobre a existência de algum medo que pudesse ser compartilhado, que elas se sentissem a vontade para fazê-lo, sabendo que isso também seria contingencial aos sentidos de gravidez e maternidade que formulavam e com os quais lidavam permanentemente durante esse período. Norma relatara o medo da dor do parto. De fato, percebi que ela perguntava sempre que possível, nas reuniões e consultas, sobre os recursos disponíveis para enfrentá-la – as diferenças entre os tipos de anestesia, a oferta de analgesia. Um dia recebeu da enfermeira que a atendia a resposta de que *“toda contração era parceira da mulher, que cada uma era menos uma, e que Deus não dava uma dor no trabalho de parto que uma mulher não pudesse suportar”* (Notas do Diário de Campo, p. 13) – o discurso religioso atravessando o modelo biomédico, como sistemas de pensamento convergentes em determinadas situações. Karol dissera simplesmente ter medo da agulha da anestesia. Seu primeiro filho nascera de cesárea e essa foi uma memória que a impactou. Nina temia que sua bolsa estourasse e ela fosse mal acolhida na maternidade. Contou-me sobre as histórias que tinha ouvido de gestantes que chegaram no hospital e não puderam ser internadas, o estabelecimento as mandava voltar para casa. Tinha medo de como reagiria se fizessem isso com ela. E mais que medo tinha pavor da cesárea, de ser cortada, de como seria a recuperação. Sandra temia que sua filha não nascesse com a saúde perfeita, e também Manuela, pela culpa do uso do cigarro, temia que isso prejudicasse a saúde e o nascimento de seu filho. Eliane tinha medo das reações da laqueadura, se seriam iguais ou diferentes das que já conhecia e já tinha vivido com as sucessivas cesáreas. E Marielle contou-me temer a própria existência do medo do futuro no momento do nascimento da filha.

Tendo vivido esses dois partos, a questão física, a medida que for acontecendo, eu sei que vou dar conta. Mas eu tive a experiência de viver no segundo parto as questões emocionais que foram aparecendo e que foram as mais difíceis. Teve um momento em que eu me arrependi, meu Deus, já tinha

uma filha grande, crescida, por que eu fiz isso? E tive que fazer esse resgate do porque a gente planejou, já que essa segunda gravidez foi planejada, e isso gastava tempo e esforço interno, de lidar com isso e sentir dor ao mesmo tempo. Então agora acho que pra mim o desafio que aparece é esse. Sei que essas questões vão aparecer, embora eu siga fazendo terapia pra que elas não apareçam tanto, eu consiga lidar com elas antes, e não permita que elas virem uma pedra no meu caminho, um impeditivo no parto. (Marielle, Entrevista).

Quando alguns dos bebês nasceram já tinha chegado ao fim o período hábil dessa etnografia. Estamos em fevereiro de 2019, ainda escrevo – mais como instrumento descritivo dessas trajetórias em curso – e ainda ontem recebi mensagem de Karol com as primeiras fotos de sua bebê. Tantas coisas aconteceram em sua vida que num certo momento de nossa convivência, quase no fim do período de campo, ela parou de responder minhas mensagens. Soube depois, por Ana, que ela estava bem, que continuou fazendo o pré-natal até o fim, mas muito abalada com o falecimento da irmã, que aos 24 anos morreu vítima de Aids. Junto às imagens, Karol me convidava para um café, e dizia que queria me contar o que a fizeram passar durante o parto. Analisar os processos de gestação e nascimento, portanto, é uma trajetória que apenas por prudência e necessidade se conforma com um fim. Na dimensão cotidiana, segue pelo puerpério e pelas infinitas demandas que uma nova vida, e toda a sua simbologia, aglutinam na vida dessas mulheres, e de todas as outras que se dispõem à maternidade na contemporaneidade. A consciência do recorte é, portanto, uma marca de minha própria trajetória. Como mantive o contato pessoal com Manuela por um certo tempo após seu parto, pude testemunhar que seu bebê seguiu crescendo saudável, com a opção pela amamentação em livre demanda e a introdução de seus primeiros alimentos. Hoje a sigo nas redes sociais, onde seu bebê, inclusive, tem um perfil no *Instagram*. Também hora ou outra tenho contato com Sandra e sua menininha que já sorri e se parece com seus traços, ornados com enormes laços na cabecinha desde sempre cabeluda.

Como o anúncio da conclusão que se avizinha, entretanto, quero agora apenas a licença de dedicar o fim dessa análise ao processo de Sara, cujo bebê veio ao mundo sem vida. Depois de toda a sua luta, seus repousos, suas orações, seu processo intensamente medicalizado e sua trajetória feérica em nome de um Deus nomeado e permanente, recebi com profunda tristeza a notícia de que estava no hospital para induzir o “parto” de seu filho morto. O mais paradoxal, se assim podemos definir, é que esse acontecimento foi precedido de mensagens felizes e esperançosas, pois no mesmo dia, mais cedo, ela me contara da alegria de ter chegado à 38ª semana sem entrar em trabalho de parto prematuro, com seu bebê

formado para nascer e ser assistido por uma equipe médica nos primeiros minutos de vida. Registro a transcrição de sua mensagem de áudio, tanto como uma dimensão possível de ser acolhida pela janela do cuidado, quanto por uma homenagem póstuma, ou uma homenagem à raridade da vida, mesmo quando há vida em abundância em nosso caminho.

Pois é, amiga, até ontem estava tudo nos conformes, igual a gente conversou hoje de manhã. E hoje eu tinha ultrassom de rotina. Chegou no ultrassom o médico percebeu que ele não estava mexendo e não tinha os batimentos cardíacos. Mas assim, tinha acabado de acontecer, porque de manhã eu senti ele mexendo normalmente. Eu sei que usei da minha fé, pedi a Deus, confiei nele, e tô muito triste, meu esposo tá muito triste, mas a gente sabe que confiar em Deus é isso aí, nem sempre a nossa vontade é a mesma que a vontade dele, mas Ele com certeza quer o melhor pra nós. Talvez hoje a gente tá sofrendo, mas é porque Deus vê lá na frente. Nossa visão é limitada, a gente vê o aqui e o agora, mas Deus vê lá na frente. Então um dia eu vou entender o porque de toda essa dor. Brigada, tá? (Notas do Diário de Campo, p. 67).

A representação clássica que temos da vida, cronológica e evolutiva, é que ela se organiza em etapas: somos gerados, nascemos, crescemos, envelhecemos e morremos. A morte de uma criança antes mesmo de nascer se configura, portanto, como um acontecimento de ruptura com uma lógica mais ou menos estabilizada de sentidos, se caracterizando como um dos processos mais dolorosos que um ser humano pode enfrentar. Sendo a medicina uma ciência com status de responsabilização sobre a vida, cabe e aos profissionais e aos serviços de saúde utilizar todos os recursos para tentar impedir a morte. E aos usuários, utilizá-los, colocarem-se disponíveis para tal, e foi o que Sara fez, lutando via medicalização para que seu filho sobrevivesse.

3.3.2 “O SUS para grávidas funciona!”

Este intertítulo faz referência a uma frase de Nina, dita durante a entrevista, que me pareceu um jogo precioso de sentidos, sobre um Sistema que apresenta notória visibilidade no que se refere à atenção à gestação e ao parto, conferida pelas gestantes que acompanhei nesta etnografia, mas que se “estilhaça” quando pensado a partir de outras políticas. Para melhor ilustrar, convido os leitores para uma breve lembrança. Procurando Norma para acompanhá-la em sua primeira consulta no PAM Marechal, e sem nunca ter frequentado o local, sigo o endereço e encontro um prédio antigo, com pintura e letreiros totalmente desgastados, com divisórias adaptadas no andar de baixo para acoplar mais serviços do que os que aparentemente lá cabem, lotado e barulhento. Na recepção me informam que

Ginecologia/Obstetrícia funcionam no 6º andar. Subo num elevador que parece insustentável, também lotado de pessoas que aguardavam o recurso numa fila imensa, e quando as portas se abrem parece inacreditável a visão que se materializa – um andar com poucas pessoas circulando, com cadeiras sobrando, limpo, todo pintado em tom lilás, um banheiro sem fila e uma placa onde se lê: uso restrito de mulheres. No andar dedicado à saúde materna, até as consultas são com hora marcada. Não queremos dizer com isso que a resposta é “sim, funciona muito bem”, pois a história contada é real, mas tem um pouco de metáfora: a atenção para gestantes em Juiz de Fora, no escopo dessa pesquisa, se revela assim – um ponto de destaque em meio a uma emaranhada e problemática estrutura de acesso; o que, de alguma maneira, impacta o todo.

Enquanto o pré-natal de Sandra dependia das equipes atuantes na UBASF do Bairro Industrial, por exemplo, tudo correu consideravelmente bem. As consultas aconteceram nos dias marcados, os exames básicos foram realizados lá mesmo na Unidade e os resultados recebidos lá também, não faltaram vacinas nesse período etc. O básico de organização do que se preconiza para um pré-natal aconteceu, exceto por um ou outro episódio indesejável, como as semanas que ela passou sem tratar uma candidíase porque a enfermeira lhe receitou um tratamento, mas forneceu apenas uma via da receita. Como a farmácia do posto de saúde exige que sejam duas, para que uma delas fique retida para controle, havia o medicamento disponível, mas não houve liberação do mesmo. Mas quando ela precisou do acesso a outro profissional que não o do pré-natal, um oftalmologista, para obter um mapeamento de retina, cujo resultado teria impacto na sua escolha pelo tipo de parto, o acesso se mostrou mais difícil e irregular. Depois de inúmeras tentativas de encaminhamento, cujas respostas Sandra solicitava na UBASF a cada retorno de pré-natal, ela conseguiu a consulta para dois dias antes do nascimento de sua filha, e não teve tempo útil de realizar o mapeamento, o que a fez ir para o hospital sem um laudo que dissesse qualquer coisa sobre o grau de sensibilidade de seu sistema ocular para vivenciar ou não um trabalho de parto mais intenso, com mais esforço de sua parte. Foi parir com medo de que sua retina direita também descolasse e ela perdesse o pouco de visão que lhe restava. O dia dessa consulta com o oftalmologista, inclusive, merece uma referência: ela foi marcada na Acispes como um encaixe, e mesmo estando lá na hora prescrita, cedo da manhã, Sandra foi atendida próxima de meio dia – na fila de encaixes, a ficha com seu nome ficou sob todas as outras e só entrou no fluxo porque ela foi perguntar, depois de horas, porque continuava sem ser chamada, enquanto outras pessoas que chegaram depois dela já tinham sido atendidas e liberadas. E Karol também nem precisou sair da UBASF para vivenciar alguma precariedade: o exame de sangue que ela fez na Unidade

Básica de Saúde no dia 25 de maio de 2018 e foi procurar o resultado no dia 23 de julho, se perdeu no sistema, ou nunca retornou do laboratório, o que a fez reiniciar o processo novamente, noutra fase da gestação, na qual talvez aquele tipo de exame já não fosse mais tão eficiente para o que precisava ser diagnosticado.

A fila de espera era imensa, todas as cadeiras dispostas ao longo do comprido corredor estavam ocupadas, e muitas pessoas esperavam em pé, na ausência de um lugar para sentar. Depois de horas de espera, Sandra resolveu checar na recepção se seu nome estava na lista dos que estavam sendo chamados, e viu que não, que a moça esquecera de colocá-la no fluxo, sendo ela um encaixe. Tínhamos chegado por volta de 7h e Sandra deve ter sido atendida mais de 10h da manhã. (Notas do Diário de Campo, p. 60).

O que consegui observar ao transitar por diferentes estabelecimentos de uma mesma rede de atenção é que as diretrizes do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento não são executadas no mesmo grau de amadurecimento em todos os serviços de saúde, especialmente quando se trata do acolhimento ao trabalho de parto e da realização do parto em si. Assim como notamos, também, diferenças de adesão às práticas humanizadas nos indivíduos, ainda quando atuando nos mesmos serviços. Já falei um pouco sobre o processo de Manuela, que não conseguiu realizar seu parto no hospital que desejava – e que é referência em parto humanizado – porque não quiseram admiti-la para internação diante dos seus centímetros de dilatação, e seu périplo revela um tanto dessa baixa adesão às práticas ditas humanizadas na prática. E revela também que a humanização se torna, às vezes, uma diretriz que “compete” com outras diretrizes, como a economia imposta por uma estrutura hospitalar incapaz de receber todas as gestantes em trabalho de parto, fazendo dos centímetros de dilatação um critério de admissão. Não sendo admitida no hospital João Penido, ela dirigiu-se então a outro hospital público, a Santa Casa de Misericórdia, onde a prática de episiotomia é tão rotineira que até a bandeja de instrumentação cirúrgica é chamada popularmente de “bandeja de episio”, conforme nos relatou uma doula acostumada a acompanhar partos nesse hospital, informante secundária da pesquisa.

Mas pensar em termos de funcionalidade dos processos de pré-natal e nascimento agenciados pelas políticas presentes no Sistema Único de Saúde exige que pensemos mais do que em números ou episódios específicos de espera ou rapidez por acesso a procedimentos de baixo ou alto custo. Exige que formulemos simbolicamente a representatividade desse acesso também para a subjetividade do indivíduo, especialmente porque essa não é uma pesquisa que privilegia os indicadores de saúde. Vimos na discussão teórica que o Programa de Humanização está historicamente e conceitualmente configurado numa dinâmica complexa, de múltiplos objetivos – pretende-se tanto melhorar o acesso quanto a qualidade e a

fundamentação desse acesso, de modo que a mortalidade materna e a mortalidade infantil sejam reduzidas, mas que não se faça isso de qualquer maneira. De modo que se discuta também, em concomitância com essa ampliação do acesso, os modos como se faz presente o cultivo e o respeito da autonomia feminina, do cuidado integral, do acolhimento ativo. Enfim, de modo que se problematize também, em alguma instância, esse processo de produção de cuidado, inserido numa transição política de modelos – do tecnocrático para o humanizado, não se tornando possível qualificar verdadeiramente essa funcionalidade sem olhar o macro e o micro de sua formulação. Em nível macro, a discussão que se faz hoje sobre parto humanizado para as camadas sociais de classe média e alta, por exemplo, se diferencia da discussão que se faz sobre parto humanizado para as camadas sociais que têm no SUS sua única fonte de provimento de acesso às ações de saúde. A depender da “janela” que se olhe, a mesma expressão, humanização, assume interpretações bastante distintas.

No SUS, esse acesso – a consultas, exames, medicamentos, procedimentos especializados etc – é uma categoria-chave da promoção da humanização porque não é possível formular um atendimento humanizado na ausência de possibilidade de atendimento. Não deixar a gestante “solta no sistema”, portanto ter uma autoridade, ainda que cautelosa, um controle sobre esses corpos, está no centro da busca pela humanização. No sistema privado ou de desembolso direto, para as mulheres que podem financiar outras estruturas de cuidado, a discussão sobre os níveis de intervenção médica a partir desse acesso tornaram-se mais relevantes que o acesso em si, que já está dado, ou melhor, adquirido via poder de compra. É cada vez mais significativo o número de grupos e eventos pautando a crença, baseada em evidências científicas, de que as intervenções biomédicas ideais são apenas as extremamente necessárias. Esses discursos, já dissemos na discussão teórica, estão nos grupos de apoio à maternagem ativa nas redes sociais, nos documentários sobre parto humanizado (a série *O Renascimento do Parto* é emblemática nesse quesito), em pesquisas como o *Inquérito Nascer no Brasil* (2014). Estão nos espaços públicos ocupados por quem tem acesso à informação crítica ao parto medicalizado, seja através da problematização do par natureza/cultura, seja baseando-se nas proposições da Medicina Baseada em Evidências.

Por outro lado, o argumento da intervenção desnecessária não parece tão relevante quando se trata de populações vulneráveis, carentes de atenção, que se relacionam com as políticas públicas, quando conseguem, pela vertente do Direito Civil – de ser atendido, de fazer os exames, de conseguir uma cesariana. Nas inúmeras vezes em que estive em salas de espera, escutando e vivenciando as percepções de gestantes atendidas pelo SUS, testemunhei queixas tão diversas, que às vezes assumiam contornos totalmente díspares das queixas sobre

humanização ou desumanização presentes em outras classes sociais. Lembro da mulher na sala de espera do Hospital Regional João Penido, que tecia lindas roupinhas de cachorro em tricot enquanto relatava sua indignação com a demora para lhe fazerem uma cesárea em seu primeiro parto, que só aconteceu, ela diz, porque sua mãe fez muito barulho junto à equipe plantonista. “Isso é porque estão gastando todo nosso dinheiro lá em Brasília. Se cortassem os privilégios deles todo mundo teria direito a fazer uma cesárea” (Notas do Diário de Campo, p. 19). Lembro também da avó de Sandra, pedindo que ela mentisse um pouco sobre a dor que sentia em seu trabalho de parto, para conseguir que fizessem nela a cirurgia, ou ela acreditava que a neta ficaria ali abandonada sabe-se lá por quantas horas, correndo risco e pondo em risco a vida do bebê, forçada a fazer um parto normal.

Por não perceber essa complexidade de pronto, as diferenças entre pensar em cuidado humanizado a partir da assistência ofertada no SUS e da assistência ofertada pelos serviços privados de atenção à saúde, para camadas sociais de alto poder aquisitivo, custei a libertar meu olhar para o campo de uma militância em torno de minha própria percepção e leitura sobre o que seria um processo humanizado de cuidado. De forma pouco flexível, acreditava que muito do que as instituições promotoras das políticas públicas definiam como acesso eram, na verdade, a produção de um domínio do corpo e da psique da gestante tendo a medicalização da gravidez como estratégia normativa e regulatória. No meu entendimento pré-campo o que acontecia era basicamente o seguinte: o SUS propunha para as gestantes um processo de cuidado baseado numa diretriz política de humanização, que na prática, no fazer cotidiano, entrava em disputa com estratégias autoritárias e violentas protagonizadas por agentes públicos, inclusive a partir de uma excessiva medicalização do pré-natal e do nascimento. Claro que se eu perseguisse essa hipótese teria material significativo para substanciá-la. Existe sim excessiva autoridade, existe sim uma cultura excessiva de patologização e medicalização da gravidez também nos serviços públicos, e muitas vezes as duas coisas estão imbricadas. Mas essa janela não dava conta de outros fenômenos que foram pouco a pouco se manifestando nas trajetórias. Um desses fenômenos foi o fato de que essa cultura medicalizante nem sempre se dava na lógica verticalizada de imposição de rotinas – do serviço/equipe/médico para a mulher/gestante. Em muitas situações decorria justamente o contrário: a mulher/gestante produzia estratégias de acesso à medicalização enquanto alguns discursos autorizados, de profissionais de saúde, relativizavam a necessidade do pleito.

Uma prescrição inesperada aparece na recomendação da médica: “como dizia minha mãe, banho, alimentação e repouso curam quase tudo”. (Notas do Diário de Campo, p. 6).

Manchas na pele e espinhas estão incomodando Sandra. Ela quer saber se existe alguma vitamina, algum remédio que evite isso, e a médica diz apenas que ela pode usar protetor solar, e que primeiro lavar o cabelo e retirar o condicionador, antes de seguir o resto do banho, ajudam a reduzir as acnes nas costas. (Notas do Diário de Campo, p. 6).

Receitas alimentares também aparecem na consulta de Sara, como o suco de uma folha de couve ou outros vegetais de cor verde escura para resolver problemas como a dificuldade de evacuar. (Notas do Diário de Campo, p. 9).

Sandra pergunta à Angelina se pode continuar com ácido fólico junto ao sulfato ferroso, pois acha que os dois combinados a faziam sentir-se melhor, suas unhas eram mais fortes. A enfermeira discorda da relação entre uma coisa e outra, explicando que o ácido fólico apenas auxilia na formação do tubo neural do bebê e por isso só precisa ter tomado até o quinto mês. Indica que essa fragilidade nas unhas pode ser trabalhada pela alimentação. (Notas do Diário de Campo, p. 41).

A trajetória de cuidado de Sara foi um exemplo significativo para pensar nas dimensões da medicalização da gravidez, e no quanto se torna complexo refletir sobre humanização e desumanização do cuidado quando se leva em consideração o contexto de cada gestante. Depois que ela vivenciou o descolamento de sua placenta e ficou em estado de repouso absoluto para recuperar-se, ela só saía de casa para ir às consultas de acompanhamento. Quando a encontrei poucos dias após o episódio de descolamento, e fomos juntas ao hospital para uma dessas consultas, recebi com espanto a notícia de que ela estava fazendo um exame de ultrassom por semana, para acompanhar a evolução do feto. Como trabalhava no hospital e conhecia as equipes plantonistas, ela optou por fazer esses procedimentos, que se tinham algum fundamento médico tinham muito mais, com muito mais clareza, fundamento psicológico – serviam para ela se tranquilizasse sobre o que estava acontecendo com o desenvolvimento de sua gravidez. Nesse sentido, em termos de humanização do cuidado, há de contemplar-se também o efeito apaziguador do acesso a um recurso biomédico? O mesmo se pode questionar sobre a busca incessante de Sandra por um laudo oftalmológico, cujo valor acabou se revelando muito mais psicológico do que fisiológico. O significado de sua busca concentrava-se no desejo de apoio, de que alguma voz autorizada lhe dissesse que seu medo de precisar fazer muita força no parto normal tinha algum sentido, algum fundamento técnico, era legítimo, portanto. Mas nenhum dos dois oftalmologistas que ela conseguiu por fim contatar puderam comprometer-se com esse apoio emocional, uma vez que desconheciam evidências científicas que provassem que um esforço de parto normal fosse capaz de descolar uma retina.

O que estamos dizendo é que falar sobre funcionalidade de uma política é uma possibilidade de pensar longitudinalmente nos modos como essa política se assenta no cotidiano, como ela provém de significados a gestação de cada mulher, sejam eles significados de segurança, tranquilidade, confiança, medo, baixa-estima, autonomia etc. Claro que a discussão sobre o excesso de intervenções é legítima e necessária, assim como é legítima e necessária a discussão sobre a dificuldade de acesso a um bom pré-natal para comunidades de difícil localização, por exemplo, porque humanizar às vezes significa primeiramente prover de acesso. Nesse sentido penso no quanto me incomodava, como me angustiava a inclinação quase voluntária de uma mulher para a realização de uma cesariana. Era difícil imaginar razões que justificassem essa escolha sem que houvesse necessidade evidente para isso. Eliane foi sempre a mais contundente nesse aspecto.

Fico muito curiosa em saber sobre seu histórico de cesáreas, as razões para isso. Primeiro ela me diz que essa vai ser cesárea porque quer ligar as trompas, e vai aproveitar a cirurgia para fazê-lo. Depois fala da pressão com alteração, do diabetes, do fato de ter apresentado feridas no útero na última consulta preventiva, do fato da última cesárea só ter três anos, e toda a lista de razões parece uma cópia perfeita das falas do Renascimento do Parto, materializadas ali, ao vivo. Grande parte do discurso de Eliane vai na contramão das diretrizes do parto humanizado. Sua segunda cesárea, por exemplo, foi realizada no HTO, hospital cujo índice de violência obstétrica é o maior da região, de acordo com depoimentos de mulheres coletados em redes sociais. Mas ela gostou, sobretudo porque gostou do médico que a atendeu. Diz que em ambas as cirurgias sua recuperação foi tranquila, não sentiu “nada”. “Nessa agora posso sentir mais incômodo porque a ligadura estende a dor”. “Se eu tivesse dez filhos teria dez cesáreas”. Não há dúvidas, é uma entusiasta feliz do parto abdominal. (Notas do Diário de Campo, p. 47).

O contato com Eliane e suas percepções a respeito do parto e também do cuidado materno-infantil me aproximaram de uma vertente das reflexões feministas sobre parto e maternagem contemporâneos, que ao meu ver podem ser articuladas com as reflexões sobre cuidado contemporâneo. Eliane estava em sua terceira gestação, e sempre se mostrou uma mulher com opiniões muito pragmáticas sobre a gestão de seu próprio corpo. Dizia, por exemplo, que só amamentava suas filhas até o momento em que a amamentação era uma questão de necessidade absoluta, pois quando as crianças começavam a assimilar outros alimentos e usavam seus seios para brincar, ou dormir, ela rapidamente cortava a conexão, por considera-la inútil e desconfortável. Para ela uma cesárea era um procedimento prático e não entendia porque tantas mulheres optavam por sentirem dores por longos períodos de trabalho de parto se podiam resolver o nascimento de seus bebês com mais brevidade e planejamento. Seu discurso não parecia carregado de culpa ou questionamento sobre a qualidade de sua

maternidade a partir das posturas adotadas, justamente como problematizou e contribuiu a filósofa Elizabeth Badinter ao longo de sua obra. Eliane tinha, sem declarar e talvez sem perceber, um tipo de discurso feminista.

Tornquist, em emblemática entrevista com a antropóloga e ativista do parto humanizado Davis-Floyd, em 2002, a questiona sobre o fato de tê-la visto defendendo, em algumas conferências, a necessidade de se compreender que algumas mulheres escolhem fazer cesáreas, mesmo conscientes dos riscos da prática. Davis-Floyd responde que tem colocado essa questão em discussão por acreditar que “não devemos fazer a Gestapo do parto natural”. Impressionada com a força da resposta, Tornquist (2002b, p. 395) pede que Davis-Floyd explique melhor, e ela diz:

Sim, é importante ter uma opção pelo parto em casa, mas não se deve descartar a opção pela cesárea. Qual é a saúde que se busca? Se eu quero operar o meu nariz ou se estou muito gorda, e se quero uma cirurgia plástica? O perigo disso não é maior do que o perigo da cesárea. Então, ainda que saibamos que a cesárea é mais perigosa que o parto natural, não devemos transformar o direito em obrigação.

Acredito, portanto, que é possível um esforço no sentido de compreender as dimensões da funcionalidade do SUS na atenção à gestação quando se articulam os conceitos de humanização e medicalização sem o prejuízo da radicalidade ou da polarização. Humanizar ou medicalizar, enquanto biopolíticas, ficam mais matizadas quando tratadas à luz dos contextos, assumindo sentidos diversos enquanto práticas sociais presentes nos processos de pré-natal e nascimento. Diferentemente de Eliane, Nina tinha um pavor ante a possibilidade de realizar uma cesárea. Seu primeiro parto foi normal, e desejava que o segundo também o fosse.

Morro de medo de cesariana. Medo de morrer, medo de não poder sair correndo. Ali, com as pernas presas, não vou poder me defender. Minha filha mais velha nasceu e dormiu um dia. Depois acordou, chorou, e nunca mais se calou. E eu lá no hospital, embalando ela. Se tivesse tido de cesárea, como ia ser? Só penso coisa ruim. (Notas do Diário de Campo, p. 62).

Voltando ao processo de Sara, que me convocou fortemente a pensar na radicalidade da medicalização na gestação, acabo por reconhecer que em muitas situações gestacionais o uso de dispositivos tecnológicos e farmacológicos tem se efetivado como processo eficaz de construção de cuidado, tanto em sua dimensão científica como em sua dimensão psicológica, no sentido de assegurar à gestante vias de cuidado que de outra forma e em outros tempos não seriam possíveis. Foi através de um exame de ultrassom que Sara soube que o sangramento que vivenciou nas primeiras semanas gestacionais, por volta da 13ª semana, advinda de um

descolamento da parte inferior de sua placenta, ocasionando uma hemorragia e posterior hematoma, e lhe possibilitando, a partir do laudo médico, repouso absoluto até o cessar do inchaço e nova fixação da placenta na cavidade uterina. Também foi a partir da realização de um exame de ultrassom que ela foi informada sobre um possível excesso de produção de líquido amniótico, e sobre uma assimetria no desenvolvimento dos membros superiores e inferiores de seu bebê na 31ª semana gestacional, com hipóteses que seguiram no ananismo à má formação coronária e/ou digestiva de seu filho, conduzindo-a novamente a estado de repouso e ao acesso a uma cesariana agendada com vaga de UTI assegurada para o nascituro. O trajeto de Sara por especialistas – especialista em ananismo, especialista em ultrassom do coração de bebê – foram-lhe provendo de informações e posturas que, ao mesmo tempo em que superdimensionaram a noção de risco em seu estado físico e psíquico, lhe deram a sensação de certeza de estar a praticar o cuidado com o seu bebê da melhor maneira que lhe era possível prover. Foi-lhe ofertada, por exemplo, a possibilidade de drenar o excesso de líquido amniótico, o que em tese lhe causaria um maior conforto físico, já que o tamanho e o peso da barriga se configuraram como desproporcionais à idade gestacional, mas por questão de fé ou por consciência do risco de o procedimento afetar ainda mais o bebê, optou por não fazê-lo. É possível falar em certo ou errado nesse território onde tantas ultrassons e intervenções são realizadas em tão pouco tempo sem que necessariamente oferecessem uma cura ou uma certeza? É possível aventar hipóteses de que a própria medicalização excessiva estaria, como indicou Illich, causando uma espécie de iatrogênese no itinerário de Sara? Do ponto de vista da narrativa da mulher, que é o aspecto central dessa pesquisa, não me é assegurada a possibilidade de responder a essas questões, mas apenas de reconhecer que sua luta pelo acesso à medicalização se configura como a própria luta pela segurança do filho, e esse é seu valor simbólico. Nem certo, nem errado, nem melhor, nem pior.

Para Marielle, doula e ativista do parto humanizado, a relação com a medicalização alopática da gravidez, biomédica, foi a mais repleta de um distanciamento consciente que testemunhei em campo. Por ser enfermeira é também uma defensora das consultas, do pré-natal, mas para si adotava uma postura do mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível. Abaixo registro algumas de suas narrativas, expressas no decorrer da etnografia, que caracterizam o nível de autogestão do corpo que Marielle possui, e suas decisões nunca foram questionadas por Ana, que sempre a tratou como uma colega de profissão, uma parceira de trabalho, reconhecendo seu capital intelectual para administrar, em nível geral, suas próprias condutas.

Marielle conta na consulta que uma enfermeira amiga a sugeriu hiperdosagem de vitamina D, e que ela não concordou. “A gente gosta tanto da Medicina Baseada em Evidências, né?”, diz. “Vou fazer um flush, subir na laje e pegar sol sempre que ele sair” [...] Na saída, enquanto esperávamos sua hora de tomar vacina, diz que teve uma virose no final de semana, tratada com água de côco, goiaba e maçã com casca. (Notas do Diário de Campo, p. 31).

Ana começou a consulta perguntando como Marielle tem passado, se tem alguma queixa, se tem tomado ácido fólico e sulfato ferroso. Ela responde que não tem tomado, apenas cuida de preencher o ferro com a alimentação. Explica que é vegetariana e que precisa comer muito bem, especialmente na gestação, para que não falte nenhum tipo de substância essencial ao corpo. (Notas do Diário de Campo, p. 39).

“Estou mofada por dentro. Tentei curar com barbatimão, ficar na pajelança, mas não teve jeito [...] Até secador eu usei, e não adiantou. Todos os tutoriais de como acabar com a cândida do Youtube eu fiz”, diz Marielle. (Notas do Diário de Campo, p. 57).

Embora tenha se aberto para tratar a cândida com medicamentos alopáticos, eles também não foram eficazes, e Marielle acabou resolvendo a questão através de um tratamento fitoterápico, com ácido bórico e embrocação de violeta e registro tudo isso pensando na discussão sobre muitas nuances da medicalização problematizadas por Furedi (2006), suas lógicas contemporâneas e o fato de que nem só de alopatia e de receita médica se compõe um processo medicalizado. A medicalização também esprou-se pelos chás, invocação de mantras, grupos de yoga, porque se configura num tipo de fazer disciplinado que tem a receita de algo como totem. Assim, nem a saúde holística escapa, embora se diferencie nos modos de medicalizar.

CONCLUSÃO

O desfecho de um trabalho desse tipo é uma tarefa muito difícil, diante da imensidade de questões, e lentes, e problematizações, que os materiais de campo insistem em nos provocar. Então, por uma questão de necessidade acadêmica, determinamos prioridades e formas de fazê-las. Assim, para organizar os achados etnográficos desta pesquisa, tomamos como percurso metodológico a estruturação da análise em três momentos: o início, a travessia e o final; quando as anotações assim alinhadas se relacionam mais fortemente aos diferentes estágios dos processos gestacionais acompanhados em campo. No início aparecem com mais força as questões relacionadas à descoberta da gravidez, às emoções que emergem desse processo, à apresentação aos itinerários pré-estruturados de cuidado; na travessia, destacam-se os modos de produzir esses itinerários quando as lógicas dispostas pelas políticas públicas e pelos serviços de saúde se costuram às lógicas estruturadas pelas redes de pertencimento dessas mulheres, por suas experiências, crenças e valores; e no final se acentuam as tensões presentes na preparação para os partos, para o limiar de novas maternidades, tendo as gestantes outros filhos ou não. No entanto, isso não significa dizer que tais coisas assim descritas se definam ou se encerrem de forma temporal, seguindo uma ordem meramente cronológica. As trajetórias gestacionais são contínuas que mobilizam um vai e vem de emoções e escolhas diversas, que se outrora pareceram encerradas, retornaram com força tempos depois, desfazendo qualquer pretensão de linearidade nos processos gestacionais. Os modos como as mulheres buscam cuidado, e assumem papéis fundamentais às mediações de tais processos, atravessam não somente suas próprias trajetórias e transformações físicas e psíquicas, mas também a cultura na qual estamos todos inseridos, no espaço-tempo de agora. Desse modo, para concluir esta pesquisa, primeiro passarei novamente por essa divisão da análise, destacando o que se configurou como conclusivo em cada uma delas, e depois retomarei ao objetivo da tese, respondendo sobre os avanços e limites deste estudo.

As gestantes acompanhadas nesta pesquisa possuem capitais materiais e simbólicos variados, posto que estive com mulheres de várias idades, com ou sem formação de nível superior, com casa própria ou alugada, vivendo em casamento tradicional e também em relações amorosas não oficializadas por compromissos formais, o que possibilitou um caráter heterogêneo ao recorte. Ao mesmo tempo, também preservou-se uma homogeneidade, uma vez que a maioria delas foi acompanhada pela mesma equipe de pré-natal coordenada pela enfermeira obstetra Ana, além de serem mulheres que majoritariamente partilham o mesmo

universo religioso (sete das nove são evangélicas) e habitam em localidades próximas, já que a divisão do atendimento por bairros nas Unidades de Saúde é um aspecto institucional oficial da assistência promovida pelo Sistema Único de Saúde – embora, relembro, essa lógica territorial tenha sido renegociada por algumas gestantes em diferentes momentos de seus itinerários. Dessa maneira, em todas as trajetórias delas foi possível perceber a conformação de aspectos culturais comuns, respondendo aos protocolos terapêuticos muitas vezes de maneiras semelhantes; e também foi possível verificar aspectos muito personalizados de produção dos itinerários, fazendo desse jogo de moderação e modulação da experiência a principal substância dessa pesquisa. Ambas, heterogeneidade e a homogeneidade, entre contextos e indivíduos, substanciaram esta etnografia porque um objetivo muito aberto – de compreender como se articulam as dimensões presentes nos processos gestacionais produzindo trajetórias individuais e também coletivas de cuidado com a gestação e o parto – resultou também em achados muito diversos. Este não é um estudo que investiga somente os permanentes deslocamentos dos processos de cuidado com gestantes que recorrem às políticas públicas; tampouco é um estudo que investiga apenas os processos de medicalização da gravidez, ou as práticas de humanização e sua construção no universo do pré-natal; é um estudo que deixa as portas abertas para que as dimensões implicadas nos percursos apontem diferentes possibilidades de relação entre si, em busca de algo que represente as trajetórias de cuidado de gestantes atendidas pelo SUS em Juiz de Fora. Lembro com muito carinho do dia de minha qualificação, quando um membro da banca me ajudou a “limpar” os objetivos de conceitos inadequados ao que eu propunha e me disse com objetividade e sinceridade: diga que você deseja estudar os percursos de mulheres gestantes da cidade onde você vive. Esse conselho tornou-se meu fio condutor.

Na primeira parte da análise, o início, tomando como ponto de partida a emergência de um fenômeno que categorizei como “aceitação”, presente nas narrativas das gestantes e também dos profissionais de saúde, discuto as emoções mobilizadas no período em que se descobrem grávidas: como se sentem, como pensam em agir, como seus demais papéis sociais – de mãe de outros filhos, de esposa, de filha – também se modificam diante desse acontecimento, como suas relações parentais aparecem em cena, e como os profissionais de saúde convocados a estruturar as práticas clínicas se tornam também sujeitos da construção dessa aceitação. Verifico então que em todas as mulheres acompanhadas a notícia da gravidez chega como algo surpreendente, como se trouxesse consigo inúmeras tensões sobre o futuro, tanto quando o desejo de maternidade já era algo mais elaborado e planejado, como quando a gravidez chega em um momento diferente do que imaginaram em seus projetos de vida. A

dimensão reflexiva da maternidade aparece então nesse processo de produzir subjetivamente uma adaptação ao que está por vir, de produzir a escolha por permanecer no processo gestacional e das formas de fazê-lo, donde a opção pelo pré-natal já era uma decisão cultural e individualmente formulada por todas elas. Visto que já as procurei tendo a “dimensão cuidadora da saúde” (MERHY, 1998) como mediadora de nossos primeiros contatos, eu sabia tratar-me de mulheres que dotavam os discursos científicos e as práticas institucionais de grande credibilidade; e buscava compreender como elas se relacionavam com as proposições que lhes eram ofertadas.

O Brasil é um país que criminaliza o aborto (salvo as três exceções à regra), portanto a não-aceitação da gravidez significa também que a mulher que se encontra grávida e opta por não ter a criança será uma desertora de uma proteção estatal assegurada pelas políticas públicas reprodutivas vigentes. É claro que a discussão sobre isso é imensa, histórica, e não nos aprofundaremos porque não foi esse nosso objeto de investigação em campo. Contudo, verificamos que os discursos e as práticas de cuidado presentes nesta etnografia trabalharam a favor da produção da aceitação da gravidez, não havendo muito espaço, na execução do pré-natal, para a problematização do contrário. Essa aceitação aqui apresentada é um construto que se fundamenta numa ideia de responsabilização da mãe pela gravidez que se inicia, quando todas as gestantes acompanhadas tomaram para si, a partir da descoberta da gravidez, a obrigação de trabalharem seus corpos no caminho do que acreditavam ser uma gravidez saudável, modificando seus comportamentos e práticas a favor dessa responsabilização. Portanto, dentro de uma biopolítica que historicamente produz-se pela ordenação e normatividade de seus indivíduos e contextos – o “esperado” é que uma gravidez resulte em um nascimento e não em uma interrupção, e de uma criança com saúde, saudável, dotada de potencialidade em suas funções orgânicas. O pré-natal é uma prática clínica – e política – que existe para prover de assistência à saúde gestante e bebê, e para assegurar que essa responsabilização seja apropriada pela mulher, que a noção de risco seja por ela internalizada, e se traduza em práticas e comportamentos que favoreçam a conformação de uma gravidez dentro de parâmetros clínicos de normalidade e efetividade. As resistências que apareceram no caminho, entre o resultado positivo e a aceitação do estado gravídico, foram trabalhadas pelos profissionais de saúde a partir de discursos e atividades pedagógicas relacionadas à produção dessa aceitação – as consultas e reuniões com grupos de gestantes que acompanhei foram espaços privilegiados para desmobilizar emoções antagônicas à aceitação da gravidez, como medos e dúvidas.

Também foi importante observar que algumas mulheres conseguiam expor com mais clareza, com uma expressão mais elaborada e objetiva, suas dúvidas e anseios diante do rito de passagem mulher-mãe, expressando sobre o que as deixa desconfortáveis e inseguras, sendo esses estados emocionais assumidos em seus relatos. A narrativa de Nina é um exemplo significativo disso, quando ela não deixa de expor toda a dificuldade que teve para aceitar a gravidez e para vivenciá-la até o final. Para outras mulheres, contudo, as dúvidas e anseios relativas à aceitação da gravidez eram expressas com muita dificuldade, quando não substituídas discursivamente por uma manifestação moral e/ou religiosa do processo, convocando a presença de Deus para o centro de suas narrativas: pelo Senhor, com o Senhor, nas mãos do Senhor estava depositada a confiança na aceitação da gravidez, uma fala manifesta de seus pertencimentos religiosos, quando a maioria delas eram evangélicas com muita atividade em suas igrejas. Constituiu-se, assim, uma ressignificação da sacralidade maternal via discurso religioso, donde elas optavam por falar da alegria e do reconhecimento da gravidez como fruto de uma vontade divina, ainda quando sentiam alguma hesitação, fazendo dos “poréns” uma resignação comum à sua nova condição.

Este primeiro momento da análise é também uma oportunidade de dialogar com alguns estudos anteriores sobre processos gestacionais, dentre os quais eu gostaria de mencionar três cujos determinados pressupostos emergiram também nesta etnografia. Primeiro o estudo de Salem (2007) no qual a autora investiga o papel da individualidade na invenção de novas maternidades, que não mais se configuram como um destino automático das mulheres casadas, mas como algo que elas escolhem vivenciar; e no caso das mulheres cariocas de classe média da década de 1980 acompanhadas em sua etnografia, a escolha é compartilhada por seus companheiros, que também assumem a responsabilidade e a entrega pessoal diante da experiência gestacional como um acontecimento relativo à ambos, e a esse fenômeno a autora denomina “casal grávido”. Procurei compreender como a relação com as mães e os maridos das gestantes que acompanhei influenciava suas práticas gestacionais e concluí o seguinte: no referente às mães, o envolvimento e o compartilhamento mostraram-se variados. Para as gestantes que residiam com suas mães, a afetividade implicada na gestação das filhas era muito mais intensa do que para as gestantes que residiam sozinhas ou com seus maridos, chegando as avós a assumirem conjuntamente escolhas e decisões impensáveis na noção de “casal grávido”, quando esse papel era atribuído apenas ao binômio homem-mulher/pai-mãe. Ao mesmo tempo, ainda que no relativo às mulheres casadas, não posso dizer que essa configuração igualitária do casal na busca pelo cuidado tenha se manifestado em campo, pois com exceção de Guilherme, marido de Norma, que estava presente em todas

as atividades relacionadas à gravidez, os demais companheiros estavam junto das mulheres apenas esporadicamente, ou sequer os conheci; o que me leva a inferir que a presença masculina no cenário gestacional acompanhado caracterizou-se materialmente de maneira pouco perceptível, quase inexistente, tendo os companheiros permanecido como habitantes dos discursos e idealizações das mulheres acompanhadas.

O segundo estudo é o de Lo Bianco (1985), que ao comparar dois grupos de gestantes cariocas de camadas sociais diferentes na década de 1980, verifica que para as mulheres mais abastadas economicamente, dotadas de capital educacional mais intelectualizado, sendo algumas herdeiras das discussões libertárias dos anos de 1960, o fenômeno da “psicologização do feto” é sensivelmente presente na formulação subjetiva de suas gestações. Para elas, a gravidez se configura como uma transição “da” maternidade, quando elas tratam seus bebês como seres que já as fazem perceberem-se mães, dotados de emoções e personalidades próprias, com os quais realizam trocas das mais diversas ordens. Diferentemente das mulheres de camadas sociais mais vulneráveis, mais pobres e com menos acesso à informação, para as quais a gestação caracteriza-se como um estado de transição “para” a maternidade, quando o bebê só assumirá o “status de Pessoa” após o seu nascimento. Em relação à esta pesquisa, aponto que essa “psicologização do feto” espalhou-se por todas as camadas sociais presentes, pois na narrativa das gestantes preponderava a noção de bebês como indivíduos, com características próprias, com nomes, com expressão de desejos; bebês com os quais as mulheres conversavam, e diante dos quais já vivenciavam uma maternagem ativa, sendo a escolha do parto parte desse processo de negociação com o feto – para a maior parte dessas mulheres o discurso legítimo é de que o bebê é quem sabe a hora de nascer, e quem escolhe o tipo de parto que precisa e deseja. É possível que esse status de Pessoa esteja assim popularizado, como apontou Chazan (2005), por conta da mediação das tecnologias hoje disponíveis e populares no pré-natal, dentre as quais destacam-se significativamente os exames de ultrassom, cujos sentidos são tanto de produção de uma sensação de segurança diante dos riscos iminentes, quanto de um contato mais personalizado da mãe, e de sua rede de relações, com um bebê que tem formas, expressões, gestos, características de sujeito, de indivíduo. Através do ultrassom algumas mães afirmavam que podiam ver seus filhos, entender o que se passava com eles, conferindo-lhes um status de indivíduos, material e subjetivamente independentes, ainda que delas necessitassem para sobreviver.

E o terceiro é o estudo de Rezende (2012) no qual a autora toma como ponto de partida a “visão da ansiedade como elemento de uma condição humana genérica”, para compreender, a partir de uma “antropologia da subjetividade”, a significativa menção desse

sentimento nos relatos de gestantes participantes de grupos de apoio no Rio de Janeiro. Seria a ansiedade algo tão comum à gravidez que figuraria como “carro-chefe” das emoções compartilhadas? E assim sendo, de onde vinha e onde se apoiava a aparente estabilidade que essa emoção ocupava no cenário analisado? Para a autora, a ansiedade está na ordem da relação do sujeito com o seu tempo, mais especificamente com o seu futuro; e ao passo que estamos todos nós como partícipes de uma temporalidade na qual as incertezas e os riscos de todas as ordens modulam nossas existências, torna-se um mistério e uma impossibilidade confiar no porvir. Daí a criação e implantação de “sistemas peritos”, capazes de fornecer as respostas ou alguma resposta diante do caos. Rezende acompanhou mulheres que vivenciavam suas primeiras gestações, e para elas a ausência de experiências anteriores de maternidade se configurava como uma fonte de produção de ansiedade. Esse fenômeno também está presente nesta pesquisa, mas com outras nuances, e percebo que as mães primíparas, ainda que não recorram às próprias memórias, recorrem à memórias que lhes habitam de quando foram crianças, e de quando eram apenas filhas, dotando-lhes de novos significados que lhes são auxiliares na invenção de suas próprias maternidades; ao passo que as mães múltíparas recorrem com muito mais intensidade às suas próprias experiências anteriores, às marcas que as outras gestações imprimiram em suas psiques e em seus corpos. Até a escolha pelo tipo de parto é marcada por essa relação, quando as mulheres que acompanhei optaram, majoritariamente, por repetir a via de parto em torno da qual já possuíam uma experiência. A ansiedade parece, entretanto, imprimir sua presença para além de qualquer conhecimento prévio, configurando-se de fato como um desígnio do “estar no mundo”, nesse caso no mundo da maternidade, diante do qual as mulheres confessam nunca estarem preparadas, ainda que a gravidez não seja mais a primeira ou a segunda.

Da aceitação chegamos à emergência da categoria analítica a que denominei de “negociação”, quando o item 2 da análise, intitulado de travessia, teve início com a investigação dos itinerários de cuidado: de um lado, a forma como eles foram construídos e propostos, e de outro, a forma como eles foram seguidos e também reformulados pelas gestantes a partir de negociações explícitas em maior ou menor grau de vocalização tanto dos profissionais quanto das mulheres. Após apresentar as diretrizes da Política de Humanização do Pré-natal e do Nascimento, seus “princípios filosóficos” (SERRUYA, 2004), analisamos como suas diretrizes se materializaram no trabalho de profissionais de saúde que atuavam nos estabelecimentos frequentados, lócus da pesquisa. Realizamos, assim, uma discussão sobre as ações implicadas na produção do cuidado, tomando como aspecto central a questão do “acolhimento” das gestantes e suas demandas, porque essa palavra e seus inúmeros possíveis

sentidos, emerge com muita abundância dos textos consultados e das falas dos profissionais de saúde presentes na etnografia. Nessa análise revelam-se várias camadas, que depõem tanto sobre o profissional de saúde assumindo a proposição de uma trajetória a partir de um direcionamento político e a partir de suas próprias convicções, como sobre o “sujeito-usuário” atuando como um moderador de seu percurso (BONET, 2009). Ou, como nos parece mais propício, mediador do mesmo, acionando uma linguagem do campo da Comunicação e Saúde, que toma os interlocutores dos processos sociais como mediadores da produção do seu cotidiano. No referente às políticas de pré-natal, as expectativas a respeito dos “bons indicadores de acolhimento”, como pregam ao manuais de planejamento da assistência, foram mensuradas especialmente pelo retorno da gestante às consultas, de modo que o projeto terapêutico a elas atribuído tivesse sua continuidade assegurada. E elas voltaram, pois não constatei na pesquisa nenhum relato de desistência do pré-natal. Nem mesmo Karol, que desistiu do atendimento na Acispes em parte por não se sentir bem acolhida pelo serviço, e que foi traumatizada pela morte da irmã mais nova durante sua gravidez, vítima de complicações relacionadas ao HIV, abandonou seu projeto de cuidado, impondo-lhe, ao invés do abandono, novas configurações.

E falando em novas configurações, ou reconfigurações, também aconteceu em campo dos projetos terapêuticos – cujas articulações se engendravam desde o início da gravidez e especialmente a partir do acolhimento proposto pelas primeiras consultas – se iniciarem a partir de lógicas menos encadeadas progressivamente. Falo da experiência das mulheres que chegaram ao SUS somente em fases mais avançadas da gravidez, e/ou motivadas pela crença de encontrarem no Sistema um cuidado com o pré-natal e o parto que se configurasse de maneira mais “humanizada”, como um modelo diferente do predominantemente técnico que elas encontraram em suas experiências com as práticas privadas de atenção à gestação. Uma escolha pela base filosófica e política que fundamenta o Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento, que elas tiveram acesso a partir da busca por informações em materiais científicos e também em grupos de discussão presentes especialmente na internet, como foi o caso de Manuela; e por ser uma profissional engajada no movimento pelo parto humanizado, como foi o caso de Marielle. Seus movimentos relacionaram-se, portanto, a possibilidades conscientes de busca pela “humanização” no universo da gravidez, e especialmente do parto. Ao observar suas trajetórias fomos provocadas a refletir sobre as diferentes posições que a expressão humanização pode assumir nos processos gestacionais contemporâneos – para a maior parte das mulheres acompanhadas na etnografia, humanização não se mostrou uma palavra comum em seus repertórios, mesmo que elas se encontrassem

usuárias do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento; e para outras mulheres, a humanização (ou o desejo de humanização) foi justamente a razão de suas permanências na assistência provida pelo SUS, dotando essa expressão, conforme nos avisara Diniz (2005), de muitas aplicações discursivas e sentidos possíveis. Por outro lado, o que nos parecia previsto, que as palavras que nomeiam a política de atenção à gestação no SUS, ancorando-as sob paradigmas específicos – humanizado (a), humanização – aparecesse nos diálogos decorrentes dos momentos de clínica, substituiu-se por uma notável ausência dessas palavras, o que nos levou a refletir sobre um silêncio discursivo constitutivo: a política carrega a humanização em seu nome e em sua constituição teórica, mas esse nome não é apresentado espontaneamente aos seus usuários. Nas práticas cotidianas de pré-natal vamos compreendendo que a humanização do cuidado se constitui sem menção direta à política, sem nomeação específica, proveniente dos gestos dos profissionais de saúde, nas técnicas investidas nas consultas, nos modos de viver e comunicar-se nos territórios, no cumprimento dos protocolos previstos pela política, que desde 2000 tem esse nome, mas já teve outros. Quando traçamos um paralelo entre as práticas de pré-natal e as ditas “tecnologias de acolhimento e classificação de risco”, vamos concluindo que os tipos de humanização produzidos pela política estão justamente relacionados com a garantia do acesso à essas tecnologias, e também a toda uma rede farmacológica e de apoio diagnóstico; ou seja, a humanização da PHPN é substancialmente via medicalização. E as gestantes se relacionam com os efeitos disso, apropriando-se de suas potencialidades.

A ausência da expressão “humanização”, e das inúmeras questões dela advindas que poderiam ser problematizadas durante o pré-natal, não foi o único silêncio verificado nas práticas de atendimento, mas um não-dito que emergiu pelo direcionamento do olhar, posto que estamos problematizando um cenário de cuidado que se insere em uma dimensão política, em um processo histórico, donde os movimentos sociais assumiram papéis substanciais, sendo o PHPN também uma materialização das ideologias presentes nessas lutas. Concluo que a ausência da expressão humanização nas falas dos profissionais de saúde refere-se justamente à instabilidade desse discurso, pois se o Programa é assim nomeado atualmente, não significa necessariamente que sua essência tenha se modificado, nem que estar presente nessa discussão sobre modelos, sobre uma transformação nos modos de prover atenção, conforme preconiza o PHPN, seja uma opção e uma realidade de todos os profissionais do serviço. Também observamos a ausência de outras expressões cujas discussões ocupam espaços simbólicos importantes na esfera pública, dentre as quais destacamos o aborto (como dito no início), o puerpério, o desmame (ao passo que os

discursos pró-amamentação estiveram muito presentes nas narrativas) e mesmo o planejamento familiar; sendo todos esses construtos que também habitam o território da saúde sexual e reprodutiva, parte do mesmo “guarda-chuva” que abarca os itinerários de cuidado com a mulher e com a gravidez, donde o pré-natal é um espaço de interlocução privilegiado. Esses silêncios constituem problemas que há muito são denunciados, por exemplo o número de mortes por aborto clandestino, modulando suas invisibilidades.

Voltando aos processos de negociação diante das trajetórias propostas, vimos que eles se tornam ainda mais nítidos quando, moduladas pelas noções de “risco” habitando seus imaginários gestacionais, as mulheres vão optando por um ou outro caminho que não necessariamente o indicado ou previsto pelo Sistema. E por caminho podemos entender tanto um caminho físico, um estabelecimento de saúde; quanto um caminho simbólico, quando os processos de medicalização da gestação ganham contornos que são específicos de suas crenças e valores. No primeiro caso rapidamente me vem à memória a estratégia de Sandra para a utilização de um serviço que não lhe fora referenciado, pois ela já residia em outro bairro e portanto encontrava-se sob outra responsabilidade territorial, mas permanecia buscando atendimento no bairro antigo, por considerar a unidade de saúde mais estruturada e melhor organizada; usando para isso um comprovante de endereço desatualizado. E sobre o segundo caso cito o dia em que Sara escolhe desistir do atendimento em um hospital e pleiteá-lo em um centro de especialidades por sentir que no primeiro as pessoas proferiam discursos pessimistas, aprofundando ainda mais o medo que a assombrava de uma perda gestacional. Sara não queria apenas ser medicalizada com a melhor técnica e no melhor serviço disponível, mas por pessoas que acolhessem sua necessidade subjetiva de cuidado, ou de um cuidado subjetivo. Seu ato de movimentar-se mobilizada pela sensação de não partilha um universo “comum” se apresenta como uma estratégia que só foi pensada no decurso da vivência de seu próprio itinerário, a partir da interpretação de sua situação, como apontam Alves e Souza (1999) ao tratar os itinerários de cuidado como construídos a partir de um “campo de possibilidades problemáticas”.

As negociações também aconteceram diante da quantidade de exames e do desejo de realizá-los, quando as mulheres assumiam com intensidade a identidade de gestantes para utilizá-las a favor de sua prioridade, especialmente a de fazerem mais ultrassons que o preconizado. Essa identidade de indivíduo prioritário diante de outros indivíduos em busca de cuidado no SUS serviu também para revelar outros modos das gestantes de relacionarem com o Sistema: algumas vezes elas mesmas abriram mão de certas possibilidades de privilégio por não as entenderem necessárias, como quando Marielle não utilizava as guias de

encaminhamento de exames da Unidade Básica de Saúde porque podia fazer os exames na rede privada, e deixar os exames do SUS disponíveis para quem mais precisasse deles. Essas estratégias reforçam o caráter aberto e processual dos itinerários de cuidado, conforme aponta Bonet (2009, 2014), porque só se torna possível interpretar a amplitude desses movimentos quando pensamos nas trajetórias enquanto possibilidades de reinvenção de lógicas, a partir das ações e fluxos dos sujeitos mobilizados.

Esses processos de negociação muitas vezes apareciam *in loco*, sendo trabalhados a partir dos momentos que surgiam nas interlocuções. Um exemplo disso é que Sandra sempre pedia ao profissional que a atendesse as guias de encaminhamentos para fazer ultrassom, e obtinha, ainda quando há muito o total de pedidos havia ultrapassado o dito necessário pelos protocolos terapêuticos oficiais. Mas ocorria também dos processos de negociação serem constituídos de forma menos explícita, pela decisão da gestante de fazer as coisas de outra maneira, diferentes das que lhe eram sugeridas em clínica, sem que essa decisão necessitasse de um pedido de permissão; como as vezes em que Marielle recebia a orientação de suplementar alguma vitamina, ou fazer algum exame, e ela decidia, baseada em sua própria experiência e em seu capital cultural, não fazer, ou fazer de outra maneira (como o sol na laje ao invés do comprimido de vitamina D), e assim comunicava quando lhe era questionado. E aconteceu também das negociações nem sempre ocorrerem de forma assim tão consensuada; como quando Karol resolveu abandonar a Acispes e voltar a ser atendida apenas na Unidade Básica de Saúde, rompendo com um controle institucionalmente estabelecido para seu fluxo, e mostrando, num limite, um tensionamento que se produziu entre os serviços quando ela exerceu seu direito de escolha por um itinerário em detrimento de outro.

Por outro lado, no referente ao papel dos profissionais de saúde na produção desses itinerários, vimos que algumas características de seus modos de produzir cuidado tornaram as negociações mais ou menos porosas e compartilhadas. Um aspecto central disso é o fato de que os atendimentos feitos por médicos são razoavelmente diferentes dos atendimentos feitos por enfermeiros. Ou, de forma mais justa com a maioria, os atendimentos de médicas e enfermeiras, uma vez que os ambientes de cuidado com a saúde da mulher que conheci em Juiz de Fora são majoritariamente ocupados por profissionais de saúde do sexo feminino, com uma ou duas exceções ao longo dos oito meses de pesquisa. As consultas produzidas por obstetras preservavam uma característica comum, a da objetividade. Elas iam “direto ao ponto”, produzindo procedimentos e registrando-os nos sistemas de informação sem muitas delongas, especialmente quando se tratava de médicas atuantes em serviços de média e alta complexidade, como os centros de especialidades e hospitais. Isso porque o atendimento nas

Unidades Básicas de Saúde realmente se conformava através de outra lógica, mais ligada à produção de vínculo a partir de uma territorialidade; portanto as conversas eram mais extensas, o tempo corria aparentemente com outra velocidade, produzindo espaços de interlocução menos apressados e protocolares. Tornava-se possível perceber inclusive outras possibilidades de comunicação, donde a linguagem usada por Ana é um exemplo específico disso, de um compartilhamento entre os capitais culturais comuns mobilizados durante os seus encontros com as gestantes. Ana falava de um modo que todas elas demonstravam compreender: com poucos termos técnicos, com muito conhecimento das redes de pertencimento individuais, de suas famílias e histórias, com humor. O mesmo acontecia com Angelina, outra enfermeira obstetra de uma Unidade Básica de Saúde, cujas consultas eram marcadas por um nível de detalhamento que surpreendia tanto a mim quanto às gestantes. E se traçarmos um paralelo somente entre os atendimentos de médicos obstetras, havia notadamente uma diferença entre os atendimentos da médica que atuava na Unidade Básica de Saúde e dos médicos que atuavam nos serviços de média e alta complexidade, fazendo com que o modo de produzir cuidado a partir de uma lógica territorial, do bairro e da atenção básica, se configurassem como mais detalhados e personalizados. Ressalto, contudo, que essa distinção entre um atendimento mais técnico *versus* um atendimento mais próximo do indivíduo se apresenta como mais um ponto interessante de ser problematizado. Muitas vezes retornei de uma ida a campo com a sensação frustrante, embora pessoal, de insatisfação, como se as consultas médicas que não duravam nem meia hora não compensassem as horas de espera nas filas que as antecediam. A mesma sensação que me toma ao final de minhas próprias consultas particulares de rotina. Materializava-se em campo uma diferença substancial de atendimento, que me seduzia a pensar nas consultas com enfermeiros como mais representativas do um modelo humanizado do que as promovidas pelos médicos obstetras. No entanto, escrevendo essa conclusão, não me parece ser possível esvaziar a técnica de seu caráter humanizado, porque não se tratam de características contraditórias. Atribuir o status de mais humanizado a um atendimento mais longo e com mais diálogo, e menos humanizado a um atendimento mais curto e impessoal, me parece agora uma falsa dicotomia, superficial e escorregadia, que carece de problematização com mais profundidade noutros trabalhos e pesquisas.

Ainda no concernente às atuações de médicos e enfermeiros, verifiquei a reprodução de uma lógica setORIZADA de exercício profissional, inclusive na dimensão pedagógica dos ambientes de cuidado, uma vez que os atendimentos clínicos que acontecem nos serviços públicos servem como espaços de formação para estudantes do campo da saúde. Mesmo que

se tratasse do ensino de práticas gerais de pré-natal, que em tese seriam as mesmas independente de que profissional estivesse realizando-as, médico orientava apenas residente médico; e enfermeiro orientava residente enfermeiro. Essa segmentação preserva em seu bojo uma outra lógica verificada em campo, a da hierarquização profissional, que fazia com que se dotasse de maior confiabilidade o discurso e a prática do médico diante do discurso e prática do enfermeiro, sendo o médico “aquele em quem se deposita confiança inquestionável, aquele de quem se espera, além da calma, a intervenção, a agência” (DIAS, 2015, p. 127); movimento que pude verificar tanto da parte de alguns profissionais de saúde, que se referiam ao médicos de maneira subalterna, quanto da parte de algumas gestantes, que na presença de médicos checavam informações recebidas nas consultas com enfermeiros.

Ainda no constituinte à travessia, a presença da categoria “risco” como um construto inerente à gestação foi muito importante para compreendermos como esse conceito assume contornos e sentidos diversos nas práticas e processos gestacionais. Vimos lá atrás, na contextualização histórica, que a introjeção da noção de risco à ocorrência da gravidez foi fundamental para legitimar o domínio do campo médico nessa seara. Ao mesmo tempo, a mortalidade materno-infantil foi por um longo período um resultante incômodo dos processos de urbanização desorganizados, sobre os quais se fazia necessária uma intervenção do Estado, a fim de dissipá-la (CASTIEL, GUILAM E FERREIRA, 2010; FOUCAULT, 1989; ROBLES, 2015). Assim, uma gestação não cuidada era um risco para a mãe, para o bebê, e para as cidades, que careciam de indivíduos saudáveis para assegurarem seu progresso. Segundo Robles (2015), a noção de risco se insere nesse amplo contexto da saúde, “de transição entre uma medicina clínica ligada ao passado do paciente (anamnese) a outra fundamentada na previsão de futuras patologias (probabilidades)”. Dessa maneira, a institucionalização da classificação de risco assegura que na contemporaneidade não exista gravidez sem risco: baixo, alto, habitual – sua presença é um contínuo, estabilizada por fatores epidemiológicos, mas também pelo seu extravasar em outras simbologias, quando o próprio exercício do cotidiano se torna uma ameaça em potencial. Passear na roça, assustar-se, andar de motocicleta. Às gestantes classificadas como de alto risco confere-se um status (ROBLES, 2015), a partir do qual espera-se que elas se comportem de determinadas maneiras que estão relacionadas à função materna que lhes é atribuída. E a elas cabe também compor um espectro de possibilidades de convivência com tal pressuposto, às vezes fugindo dele, e às vezes dele beneficiando-se, para ter acesso à exames, para ter acesso aos direitos constitucionais etc.

Também é importante acentuar que a noção de risco está na gestação como uma porta de entrada, ou talvez como um “pano de fundo”, para a medicalização do processo, quando a

sua existência está diretamente relacionada à opção pela realização do pré-natal. “Não existe a possibilidade de não fazer”, nos diz Marielle, que de outra maneira significa a ocorrência da impossibilidade, hoje instituída e de fortíssimo poder simbólico, de legitimar práticas gestacionais que não sejam, no todo ou em partes, medicalizadas; ou seja, tratadas como eventos diante dos quais as práticas médicas – em todas as suas apresentações – se configuram como principais agenciadoras dos processos. “Medicalização” é, portanto, uma dimensão que atravessa todas as etapas dessa etnografia, desde o momento em que uma gestante responde durante a entrevista que a primeira coisa que pensou em fazer diante da notícia sobre a gravidez foi realizar os exames; até todo o seu processo de preparação e tomada de decisão sobre o parto. Mesmo quando a opção se dá por práticas mais alternativas de tratamento, como a “pajelança” dita por Marielle para curar uma cãndida persistente, o que se coloca como paradigma é que a gravidez como uma “questão de saúde” está inscrita nesse arsenal cultural médico-científico, e por isso se torna curioso o reaparecimento em campo da expressão “natural” e do discurso sobre natureza. Parto natural, capacidade natural de parir, sinais naturais do trabalho de parto... foram expressões presentes nas narrativas de gestantes e profissionais de saúde. Depois de um dia inteiro mapeando as fases de suas contrações em um aplicativo de celular, Manuela foi examinada no hospital pela médica plantonista que a orientou a voltar para casa e aguardar a intensificação dos sinais de trabalho de parto, que ela “naturalmente” captaria. Esse discurso do parto natural parece então emergir das referências passadas que lhes atribuíram status, dos anos de 1960 e a contracultura, donde a natureza assumia um caráter reencantado. Não sendo o mesmo contexto, não se trata de um resgate de referência, mas de uma ressignificação a partir de novos paradigmas totalizantes, que ainda atribuem à natureza a qualidade de autônoma, capaz de “intencionalidade” e de “criatividade, de um ser humano cujos pensamento, razão, consciência e linguagem podem ser interpretados a luz de sua condição de ser vivo (RUSSO; PONCIANO, 2002).

Ainda sobre os processos de medicalização, gostaria de destacar que nesta etnografia eles se revelaram de maneira muito mais desejada do que imposta. As mulheres, com exceção de Marielle, não só pediam exames, especialmente ultrassons, como não questionavam a necessidade deles. Mesmo Manuela, para quem um parto com menos intervenções médicas se configurava como um desejo, sentia-se bem seguindo as rotinas de vacinas, exames de imagem, tudo. Até me contou que certa feita teve a impressão de que há muito tempo não fazia ultrassom, e quando olhou a data do último exame percebeu que fazia apenas um mês. Se estar em contato com as tecnologias disponíveis, fazendo uso delas, se configurava como um espaço de trânsito seguro, as gestantes certamente o fizeram. O que me leva a concluir que

as intervenções biomédicas produzidas via medicalização no pré-natal ainda passam ao largo das tensões que questionam sua necessidade, que questionam as evidências científicas que as fundamentam, produzidas via militância pró parto humanizado e medicina baseada em evidências, e que se concentram principalmente nas discussões relativas aos processos de parto e nascimento. Parto, aliás, é um tema que aparece muito tardiamente no pré-natal (lá pelo terceiro trimestre, se não houver provocação anterior da gestante), e discussões sobre os tipos de parto que sejam adequados à necessidade e ao desejo da mulher ainda ficam atrás de temas como vacinas, amamentação, doenças, vitaminas.

A travessia continua quando nos convida a ajustar o foco da etnografia para a dimensão social-compartilhada da gravidez, quando pudemos perceber que os processos gestacionais provocam a formulação de sentidos na ambiência que os acolhe/reproduz. No ínterim de tempo entre a sala de espera e o consultório, quando as horas passavam oportunizando as manifestações coletivas, assisti a ocorrência do fenômeno da “barriga como objeto de domínio público”. As mulheres aguardando seus chamados pelos profissionais de saúde eram mulheres... barrigudas. E suas barrigas despertavam interesse e escrutínio dos presentes, que muitas vezes as tocavam como se sua existência já configurasse em si essa possibilidade, e muito mais vezes ainda expressavam opiniões sobre seus formatos, tamanhos, estágios, à revelia do desejo de interação da gestante. Os assuntos despertados a partir da observação das barrigas atendiam a uma miríade de curiosidades: quantos meses, qual o sexo, primeiro filho ou não; e partiam para “diagnósticos” essencialmente leigos: está perto ou longe de nascer, é bom ou ruim tentar parto normal, parto normal significa isso ou aquilo. Do ponto de vista clínico, barrigas são reguladas por marcadores epidemiológicos, com balanças e fitas métricas classificando sua normalidade; do ponto de vista social, imaginários as nomeiam, qualificam e categorizam: barriga baixa como sinal da proximidade do parto, barriga alta como o inverso, barriga pontuda como sinal de espera de um bebê do sexo masculino, barriga redonda como sinal da gestação de uma menina. As reações das mulheres à essa sociabilidade imanente foram também variadas: algumas respondiam com paciência e curiosidade recíproca, visto que quase sempre havia a troca entre gestantes que esperavam suas consultas; outras devolviam respostas monossilábicas, mudavam de assento, direcionavam seus olhares para outros focos. E para além dos contatos imediatos, suas barrigas também eram temas de suas relações sociais, quando arremetiam preocupações sobre seus pesos, sobre o efeito que a barriga e depois a ausência dela provocaria no formato de seus corpos. Portanto a relação que elas mesmas estabeleciam com suas barrigas sofria a influência da relação de terceiros com seus corpos, especialmente os maridos e as mães.

Mudança, incômodo, vergonha. Orgulho, amor, história gravada no corpo. Concluo então que as barrigas são símbolos da “gramática” da gestação, fisiológica e emocional, provocando comentários, silenciando emoções, formulando quase em autoreferência sentidos do gestar e do parir.

Entrando no fim do processo, na aproximação do “dar à luz”, tudo se acentua. A medicalização da gestação atinge seu ápice, com consultas quinzenais e depois semanais; a ansiedade convoca a tomada de decisões sobre a escolha da maternidade na qual se realizará o parto; o desejo por um tipo de parto responde às memórias e conhecimentos acumulados nas rotinas de cuidado e nas experiências já vividas. O tempo precisa ser suficiente para o álbum de fotos “antes da barriga descer”. Profissionais de saúde se despedem de suas “clientes” de pré-natal desejando bons partos e reforçam que voltarão a vê-las nas consultas de puerpério. As equipes que atenderam as mulheres durante meses de pré-natal às vezes permanecem com elas nas dúvidas pré-parto, e às vezes tornam-se parte de um hiato que há entre as duas modalidades de assistência, a que responsabiliza-se pelo antes e o depois, e a que responsabiliza-se pelo durante o parto, parecendo muitas vezes que ambas não se comunicam para além do registro de dados nos sistemas de informação oficiais.

Voltando ao objetivo que me fez dar início à essa jornada – compreender como se articulam as dimensões presentes nos processos gestacionais de modo a produzir trajetórias que são individuais e também coletivas – concluo que esta pesquisa avança diante do campo da comunicação/antropologia/saúde ao apresentar formas múltiplas de vivenciar e de produzir as práticas de cuidado político-institucional. A existência do Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento propõe a conformação de uma lógica de assistência que leva em consideração questões relativas à gestão e a economia do Sistema Único de Saúde, às evidências científicas, às necessidades dos territórios com seus índices de morbi-mortalidade materna e infantil, contemplando tanto dimensões objetivas do acesso, ou da falta dele, quantitativas, quanto dimensões tecnológicas e políticas do cuidado à gestação e ao parto, levando em consideração tensionamentos relativos à qualidade de suas ações. É de se imaginar que um programa tão ambicioso assuma um caráter prescritivo quando se materializa nas práticas dos profissionais de saúde: da primeira à última consulta é preciso reforçar a credibilidade e a legitimidade da proposta terapêutica assumida pelo pré-natal, com suas verdades científicas tantas vezes interpenetráveis. Ao mesmo tempo, essa conformação do Programa, ao entrar em contato com as dimensões individuais das gestantes – suas histórias, memórias, conhecimentos, pertencimentos – contamina-se dessa diversidade; ainda que a medicalização seja o fenômeno que conecta as relações entre essas camadas, que

organiza seus fluxos. Quando analisadas em seus movimentos cotidianos, as dimensões do cuidado apresentam-se porosas e interpenetráveis, modificadas por seus indivíduos e suas estratégias simbólicas de poder e de saber. A biopolítica do controle e da vigilância permanecem imanentes aos processos, mas seus contornos preservam alguma maleabilidade a partir das experiências dos seus atores e de seus jogos de negociação.

Essa investigação, contudo, encerra-se com muitos limites. Deixo, pela exiguidade do tempo e pelos limites que se apresentaram em campo, muitas portas fechadas, e algumas entreabertas. Nas fechadas enumero, por exemplo, o nascimento sem vida do filho de Sara, e a provocação não investigada que me chegou da morte e do luto como faces do mesmo processo medicalizado que existe hipoteticamente para assegurar o nascimento com vida. Como as emoções implicadas no luto ajudam a ressignificar as escolhas? Ou como as inúmeras vezes em que se fez presente nas consultas a pergunta sobre a data da última menstruação, e todo o tensionamento que se inicia quando as respostas da mulher e do primeiro ultrassom não coincidem. O que isso significa no jogo de forças presente em todas as interlocuções acompanhadas? Qual o espaço da dúvida num horizonte de cuidado onde as evidências se tornam tão valorizadas? Nas entreabertas, fica a provocação sobre a relação entre a religião e o cuidado, que se enumero timidamente em alguns momentos da análise, sigo reunindo material teórico para muito em breve analisar o que o campo me apresentou de forma tão incisiva. No entanto, assim como fizeram as autoras de etnografias que me antecederam, empurro tais questões adiante, na esperança de retomá-las quando o tempo for propício, ou de que sirvam de inspiração para outros indivíduos que tomem os processos gestacionais como objetos de suas investigações. Não poderia preservar para mim, ao fim dessa caminhada, outra emoção que não fosse a certeza da travessia, donde mover-se e parar-se são faces da mesma ciência, a ciência de viver. É também disso que trata essa etnografia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. I. M. de. **Maternidade, um destino inevitável?** Rio de Janeiro: Campus, 1987.

ALMEIDA, W. da S. de. **Mortalidade infantil e acesso ao parto hospitalar nos municípios brasileiros.** 2011. 85 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. *In:* RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 264 p.

ANDRADE, M. A. C.; FERREIRA, P. B. Apoio institucional: tecnologia inovadora para fortalecer a rede perinatal a partir do dispositivo acolhimento e classificação de risco. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS: humanização do parto e do nascimento.** Brasília: Universidade Estadual do Ceará, 2014. p. 62-76. v. 4.

_____; LIMA, J. B. M. de C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS: humanização do parto e do nascimento.** Brasília: Universidade Estadual do Ceará, 2014. p. 20-46. v. 4.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante.** Porto Alegre: Artmed, 2009. (Coleção pesquisa qualitativa).

AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 30 (Supl), p. 8-9, 2014.

ARAÚJO, F. R. de F. **A bioética da proteção e as implicações morais no acesso desigual ao parto:** o caso de uma maternidade de referência no Agreste de Pernambuco. 2012. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

BADINTER, E. **Um amor conquistado:** o mito do amor materno. Trad. W. Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. *In:* PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. (org.). **Ensinar saúde:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/Uerj; Cepesq; Abrasco, 2005. p. 131-152.

BENSUSAN, H. Quem pode fugir dos filhos indesejados? **Estudos Feministas,** Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 313-337, jan./abr. 2012.

BONET, O. *et al.* Situação-centrada, rede e itinerário terapêutico: o trabalho dos mediadores. *In:* PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica.** Rio de Janeiro/Recife: Cepesc, 2009.

_____. Itinerações e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 327-350, out. 2014.

BONI, V; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Santa Catarina, v. 2, n. 1 (3), p. 68-80, jan-jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PDF. Acesso em: 15 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto: humanização do pré-natal e nascimento.** Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 2**, de 28 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>. Acesso em: 05/07/2017.

BRUGGEMANN, O. M. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. *In:* OLIVEIRA, M. E. de; ZAMPIERI, M. de F. M; BRUGGEMANN, O. M. (org.). **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento.** Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 144p.

CAIROLLI, P. B. Avaliação da imagem corporal e da (in)satisfação com o corpo grávido pela escala de medida em imagem corporal em gestantes inscritas no programa de pré-natal da rede básica de saúde de Vinhedo-SP. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

CAMPOS, G. W de. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – diretrizes. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 6-10, out. 2007.

CAMPOS, M. L. de; VELEDA, A. A.; COELHO, D. F.; TELO, S. V. Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. **J Nurs Health**, v. 6, n. 3, p. 370-390, 2016.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 529-549, 2009.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas de corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado.** 2011. 325f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

CARNEIRO, R. G. Em nome de um campo de pesquisa: antropologia (s) do parto no Brasil contemporâneo. **Vivência**, n. 44, p. 11-22, 2014.

_____. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 328p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

CASA de Parto. 2012. (13 min.), VHS, son., color. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=pF3jLGwG1EI>. Acesso em: 16 out. 2011.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 136p.

CASTRO, J. C. de; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 960-967, 2005.

CHAZAN, L. K. **“Meio quilo de gente!”**: produção do prazer de ver e construção da pessoa fetal mediada pela ultra-sonografia – um estudo etnográfico em clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro. 2005. 2 v. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

COORDENADORA do Ministério da Saúde fala sobre o Rede Cegonha. 2011. (16 min.), son., color. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eSPTCrHE54A>. Acesso em: 12 maio 2011.

CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, v. 18, p. 209-32, ago. 1992.

COSTA, F. A. D. **A educação em saúde dialógica com gestantes**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2012.

COUTINHO, T. *et al.* Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **RBGO**, v. 25, n. 10, p. 717-724, 2003.

CRUZ, R. de S. B. L. C.; CAMINHA, M. de F. C.; FILHO, M. B. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 87-94, 2014.

DA MATTA, R. O Ofício de Etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”. In: NUNES, E. O. **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

DAVIS-FLOYD, R.; ST. JOHN, G. **From doctor to healer**: the transformative journey. New Jersey: Rutgers University Press, 1998.

DECLERCQ, E. É a intervenção médica no parto inevitável no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 (Supl), p. 39-40, 2014.

DELEUZE, G. **Post-scriptum sobre as sociedades de controle**. Conversações: 1972-1990, Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p. 219-222.

DIAS, J. de F. **A linguagem do parto: discurso, corpo, identidade**. Campinas: Pontes Editores, 2015. (Coleção Linguagem e Sociedade, 10).

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. 1996. 325f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

_____. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Ver. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 (Supl), p. 101-116, 2014.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Bruxas, parteiras e enfermeiras: uma história das curandeiras**. Ponta Grossa: Monstro dos Mares Editora, s/d. 68p.

FAVRET-SAADA, Jeanne. Ser afetado. Trad. P. Siqueira e T. S. Lima. **Cadernos de Campo**, São Paulo, n. 13, p.155-161, 2005.

FERNANDES, B. M.; ANDRADE, A. M.; RIBEIRO, L. C. Avaliação do pré-natal de risco habitual realizado por enfermeiras obstetras de uma Casa de Parto. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João del-Rey, v. 1, n. 1, p. 17-29, jan./mar. 2011.

FOLLE, E.; GEIB, L. T. C. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 183-190, 2004.

FONSECA, E. N. R. da. **Vivências de profissionais de saúde no processo de cuidar de mulheres soropositivas no ciclo gravídico puerperal**. 2011. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Trad. Raquel Ramalhete. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 288p.

FROTA, J. E. **Mãezinhas do cárcere**: um estudo sobre a maternagem e o corpo como garantia para o acesso a direitos na Penitenciária Feminina do Distrito Federal. 2014. 76 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

FUREDI, F. The end of professional dominance. **Society: Transaction Social Science and Modern**, v. 43, n. 6, p. 14-18, 2006.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface: Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, jan./mar. 2012.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 323p.

GEISEL, T.; OSTERMANN, A. C. **O uso de diminutivos por médicos/as e pacientes em consultas na saúde da mulher**. s/d. Disponível em: <https://www.feevale.br/Comum/midias/ac01f24b-fe49-4087-a52e-e06994696884/Letras.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situação de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Eliane Mussnich. 2. ed. Porto. Alegre: Artes Médicas, 1994.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KALIL, I. R. “Nada mais natural que amamentar”: discursos contemporâneos sobre aleitamento materno no Brasil. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, dez. 2012.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**, v. 12, p. 85-93, 1978.

LEAL, M. do. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 (Supl), p. 17-47, 2014.

LEAL, M. do. C.; GAMA, S. G. N. da. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 (Supl), p. 17-47, 2014.

LO BIANCO, A. C. A psicologização do feto. *In*: FIGUEIRA, S. A. (org.). **Cultura da psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

LOWENBERG, J. S.; DAVIS, F. Beyond medicalisation-demmedicalisation: the case of holistic health. **Sociology of Health & Illness**, v. 16, n. 5, 1994.

MARQUES, Consuelo Penha Castro (org.). **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2015. 43f.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-665, 2005.

MARTINS, C. P. *et al.* Humanização do parto e do nascimento: pela gestação de formas de vida das quais possamos ser protagonistas. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde (org.). **Caderno Humaniza SUS**. Brasília: Universidade Estadual do Ceará, 2014. p. 9-18. (Humanização do parto e do nascimento, 4).

MATOS, G. C. de. *et al.* A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 7 (esp), p. 870-878, 2013.

MENDONÇA, S. S. Uma análise das denúncias a uma maternidade pública humanizada: dilemas da humanização. **Século XXI: Revista de Ciências Sociais**, v. 4, n. 2, p. 217-241, jul./dez. 2014.

_____. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 250-271, abr./jun. 2015.

MENEZES, M. de O. **Gestar e parir em terra de Juruá: a experiência de mulheres Guarani-mbyá na cidade de São Paulo**. 2012. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In*: REIS, A. T. *et al* (org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-20. Parte II.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. Prefácio. *In*: DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 416p.

MODENEZ, S. S. **Reflexões bioéticas para uma assistência humanizada ao pré-natal: a autonomia da gestante na escolha da via de parto**. 2012. 104f. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2012.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Proj. História**, São Paulo, v. 25, p. 197-219, 2002.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 885-904, 2015.

_____; _____. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 203, n. 12, p. 615535-617732, jan./mar. 2016.

NASCER NO BRASIL: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. **Agência Focruz de Notícias**, Rio de Janeiro, 30 maio. 2014. Disponível em: <https://goo.gl/6YFk8G>. Acesso em: 12 jul. 2018.

ODENT, M. **Gênese do homem ecológico**: mudar a vida, mudar o nascimento – o instinto reencontrado. São Paulo: Tao Editora, 1982.

O MITO do amor parental: Maria Homem. 2017. (10 min.), son., color. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qAlsO1hHCWE>. Acesso em: 20 jun. 2017.

OSAVA, R. H.; TANAKA, A. C. d'A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-108, 1997.

OSIS, M. J. M. D. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14 (Supl. 1), p. 25-32, 1998.

PADILHA, M. I. C. S. **Representações sociais**: aspectos teóricometodológicos. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2001.

PARENTE, R. C. M. *et al.* A história do nascimento (parte 1): cesariana. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 481-486. set. 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA. **Saúde**. Disponível em: <https://goo.gl/1EZqjV>. Acesso em: 14 jul. 2017.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface – Comunic., Saude, Educ., Botucatu**, v. 13, supl. 1, p. 595-602, 2009a.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface – Comunic., Saude, Educ., Botucatu**, v. 13, supl. 1, p. 759-768, 2009b.

REZENDE, C. B. The Experience of Pregnancy. Subjectivity and social relations. **Vibrant**, v. 8, n. 2, 2011.

REZENDE, C. B. Em torno da ansiedade: subjetividade, mudança e gravidez. **Interseções**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 438-454, dez. 2012.

_____. Narrativas da gravidez entre gestantes no Rio de Janeiro. Natal. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 29., 2014, Natal. **Anais eletrônicos [...]**. Natal: UFRN, 2014. Disponível em: <https://goo.gl/3Wx8NP>. Acesso em: 13 jun. 2018.

RICARTE, F. M. C. **Avaliação da qualidade da atenção pré-natal oferecida às gestantes no município de Fortaleza (CE)**. 2011. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2011.

ROBLES, A. F. Da gravidez “de risco” às “maternidades de risco”. Biopolíticas e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 139-169, 2015.

ROHDEN, F. Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução. **Gênero**, Niterói, v. 6, n. 1, p. 213-224, 2006.

RUSSO, J. A.; PONCIANO, E. T.; O sujeito da neurociência: da naturalização do homem ao re-encantamento da natureza. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 345-373, 2002.

SAITO, D. Y. T. *et al.* Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 175-83, jan./mar. 2013.

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

SANFELICE, C. **Tem que se cuidar: saberes e práticas de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde de Santa Maria-RS**. 2011. 148f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

SANTANA, M. do S. de O. **Análise do acolhimento com as gestantes na atenção pré-natal em Crato-CE**. 2011. 73f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2011.

SANTANA, W. A.; COSTA, S. L. M. Quem sou eu para lhe falar assim? A construção de “discursos de si” por pessoas com HIV e o lugar do analista na entrevista discursiva. **Entremeios: Revista de Estudos do Discurso**, Juiz de Fora, v. 9, p. 1-15, jul. 2014.

SANTOS, M. M. A. de S.; SAUNDERS, C.; BAIÃO, M. R. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 775-786, 2012.

SANTOS NETO, E. T. *et al.* Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n. 2, p. 107-119, 2008.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, v. 16, p. 137-150, 2001.

SCHWENGBER, M. S. V.; MEYER, D. E. Discursos que (con)formam corpos grávidos: da medicina à educação física. **Cadernos Pagu**, v. 36, p. 283-314, jan./jun. 2011.

SILVA, F. L. **Sobre a “porta que abre por dentro”**: análise cultural do processo de formação de doulas para a assistência ao parto no Brasil. 2017. 146f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, M. J. P. da. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002.

SENA, L. M. **“Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração”**: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. 2016. 268f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out. 2004.

_____. A arte de não fazer o errado e fazer o certo! **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 (Supl), p. 11-13, 2014.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, 2007.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 (Supl), p. 11-13, 2014.

TATAGIBA, A. P. Projetos profissionais e/ou maternidade. Críticas a um dilema/sofrimento feminino (ainda) contemporâneo. **Cadernos Pagu**, v. 37, p. 437-444, jul./dez. 2011.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002a.

_____. Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd. **Estudos Feministas**, Santa Catarina, v. 2, p. 389-397, 2002b.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. 376 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Centro de Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. Parto na contemporaneidade: perspectivas antropológicas. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, Curitiba, v. 2, n. 6, p. 9-16, 2006.

_____; SPINELLI, C. S. Um jeito soviético de dar à luz: o parto sem dor no sul da América do Sul. **História Oral**, v. 12, n. 1-2, p. 129-156, jan./dez. 2009.

TOSTES, N. A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto**. 2012. 105f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

TRAVANCAS, I. Fazendo etnografia no mundo da comunicação. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2014. p. 98-109.

VELEDA, A. A. **Trajetórias do nascer: as representações culturais de mulheres gestantes atendidas no subsetor suplementar de saúde de Porto Alegre, RS**. 2015. 325f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

VENTURA, M. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 217-228, 2008.

VERSIANI, C. de C. **Compreendendo o significado de parto humanizado na concepção da gestante**. 2011. 69f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.

VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, p. 1863-1876, 2011.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, 84p.

WARNER, J. **A loucura perfeita: mães que trabalham – a maternidade na era da ansiedade**. Trad. A. B. Rodrigues. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

WROBEL, L. de L.; RIBEIRO, S. T. M. A prática do parto humanizado no SUS: estudo comparativo. **Acta Sci. Health Sci. Maringá**, v. 28, n. 1, p. 17-22, 2006.

ZAMPIERI, M. de F. M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 359-367, jul./set. 2010.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950 e 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA AS GESTANTES

- 1) Qual o seu nome e sua idade?
- 2) Você trabalha? Onde e com o que?
- 3) Com quem você vive?
- 4) É seu primeiro filho?
- 5) Como foram suas gestações anteriores?
- 6) Como é sua casa? E quantas pessoas vivem nela?
- 7) Como é o seu bairro?
- 8) Você tem alguma religião?
- 9) Como você se sentiu quando descobriu que estava grávida?
- 10) Qual a primeira coisa que você pensou em fazer para cuidar da sua gravidez?
- 11) Você tem acesso a serviços de saúde perto de sua casa? (Agente Comunitário de Saúde, Posto de Saúde, Hospitais)
- 12) Como você soube da existência desses serviços?
- 13) Você faz pré-natal?
- 14) Por que? (Se sim, e se não também)
- 15) Seu pré-natal é realizado por quais profissionais de saúde?
- 16) É sempre a mesma equipe ou muda a cada consulta?
- 17) Quais os exames de rotina que você realiza?
- 18) Como você se sente durante as consultas de pré-natal?
- 19) O que você mais gosta na consulta?
- 20) O que você menos gosta na consulta?
- 21) Se ocorrer alguma intercorrência na gestação, você sabe onde buscar ajuda?
- 22) Como você cuida da gravidez em casa?
- 23) Você compartilha informações sobre a gravidez com outras pessoas? Quem?
- 24) Quem são as pessoas que mais lhe ajudam com informações sobre a gestação?
- 25) Você pratica atividades físicas?
- 26) Gostaria de praticar?
- 27) Como você se sente com o seu corpo grávido?

- 28) Você mudaria alguma coisa no seu corpo durante a gestação?
- 29) Seu companheiro/namorado/marido/pai da criança acompanha sua gestação?
- 30) Quando você pensa no seu bebê, qual a primeira coisa que lhe vem à cabeça?
- 31) Você tem informações sobre os tipos de parto possíveis?
- 32) Como você imagina que será o seu parto? (Rápido, demorado, doloroso, normal etc)
- 33) Como você deseja que seja o seu parto? (Rápido, demorado, doloroso, normal etc)
- 34) Você gostaria que seu parto chegasse logo?
- 35) Você conhece seus direitos enquanto gestante?
- 36) Há algum medo que você gostaria de compartilhar conosco?
- 37) Na sua casa, como está a preparação para a chegada do bebê?
- 38) Você conversa com sua mãe sobre sua gestação? Qual a participação dela nesse processo?
- 39) Você se sente preparada para ser mãe?
- 40) Você faz outros tipos de acompanhamentos além das consultas? (Espiritual, religioso, alimentar etc)

APÊNDICE B
ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- 1) Qual o seu nome e idade?
- 2) Você exerce sua função há quanto tempo?
- 3) Com quanto tempo de gestação, em média, as mulheres começam a realizar o pré-natal?
- 4) Como é organizada a primeira consulta? É diferente das demais?
- 5) Como você observa que as mulheres chegam para a primeira consulta? (Sentimentos visíveis, tais como ansiedade, alegria, medo etc)
- 6) Qual o nível de informação da qual elas dispõem? (Elas têm experiência com gravidez, elas se informam sobre isso em algum meio de comunicação ou em conversas com familiares etc)
- 7) Qual o nível de expressão das gestantes durante a consulta? (São participativas, falam, perguntam, ou são mais caladas, observadoras? Etc)
- 8) Você sabe quais são as outras fontes de informação das quais elas dispõem, além da área da saúde?
- 9) Quais as principais preocupações que elas demonstram durante as consultas?
- 10) Como é a rotina do pré-natal? (quantidade de consultas, periodicidade, fluxo)
- 11) O que o pré-natal detecta durante a gestação?
- 12) Como essa evolução da gestação é comunicada às gestantes?
- 13) No geral elas aderem às orientações das consultas?
- 14) Como essa adesão é mensurada?
- 15) Como as equipes lidam com uma baixa adesão?
- 16) Quais os modos de organizar a preparação para o parto? Quais os procedimentos?
- 17) Como você vê o processo de preparação para o parto das gestantes?
- 18) Você percebe falhas nos processos de cuidado com as gestantes? Se sim, quais?
- 19) Você percebe mudanças positivas nos processos de cuidado ao longo do tempo? Quais?
- 20) A Estratégia de Saúde da Família mudou o modo de promover o cuidado? De que forma?