

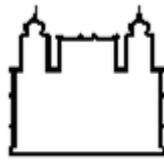


**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

ENTRE MEDOS E ALÍVIO
Interações, Práticas e Moralidades do Parto na Adolescência

Lívia Carvalho Pereira

**Rio de Janeiro
Junho de 2021**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

ENTRE MEDOS E ALÍVIO
Interações, Práticas e Moralidades do Parto na Adolescência

Lívia Carvalho Pereira

Tese apresentada à Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz como parte dos requisitos para obtenção do título de doutora em Ciências.

Orientador: Marcos Antonio Ferreira do Nascimento
Co-orientadora: Suely Ferreira Deslandes

**Rio de Janeiro
Junho de 2021**

CIP - Catalogação na Publicação

Pereira, Livia Carvalho.

ENTRE MEDOS E ALÍVIO: Interações, Práticas e Moralidades do Parto na Adolescência / Livia Carvalho Pereira. - Rio de Janeiro, 2021.
206 f.

Tese (Doutorado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2021.

Orientador: Marcos Antonio Ferreira do Nascimento.
Co-orientadora: Suely Ferreira Deslandes.

Bibliografia: f. 174-190

1. Adolescente. 2. Parto. 3. Trabalho de Parto. 4. Gravidez na Adolescência . 5. Antropologia Cultural. I. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Biblioteca da Saúde da Mulher e Criança/ICICT/IFF com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

O exercício primeiro, sem dúvidas, deve ser o de agradecer. Agradecer pelas vitórias, mas também às intempéries da vida, pois de lá sobrevém o tão valioso e caro aprendizado. O primeiro agradecimento que teço é pela vida, em um mundo assolado por uma Pandemia devastadora, onde tantos perderam a vida, onde tantas pessoas choram a perda de seus entes queridos em um país (des) governado, o primeiro agradecimento, é pela vida. Ao tempo que faço esse agradecimento, estimo meus sentimentos e profundo pesar às vítimas da COVID-19 e aos seus familiares.

Em um país, no qual a cada dia observamos a desvalorização da ciência, o descaso com o Ensino Público, sobretudo nas Universidades, o desrespeito com os servidores públicos, sinto-me resistência em, a despeito de todas essas questões e muitas mais das quais não me deterei, seguir acreditando na ciência e querendo com ela contribuir. Empreender em um Programa de Pós-graduação nunca foi tarefa fácil, mas no contexto atual, no qual o Governo deprecia o ensino e a ciência, torna-se extenuante, mas nos dá combustível para seguir.

Quero destacar alguns nomes, algumas pessoas, dentre muitas, que foram fundamentais para que eu conseguisse trilhar essa trajetória, em que em meio as quedas, me levantaram, e no caminhar, seguraram minhas mãos.

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, que permitiu que eu trilhasse esse caminho, em nenhum momento me desamparou, sustentou-me e me reergueu em todos os momentos em que fraquejei. Agradeço a Ele pelo dom da vida, e por não desistir de mim.

À minha família, pelo incentivo, pelo apoio, e principalmente por me levarem a lutar pelos meus objetivos. A minha família sempre foi um ponto de inflexão, de onde parte e para onde convergem meus objetivos. Quisera eu poder dizer que tudo são flores, mas na verdade, os espinhos têm grande contribuição para que eu esteja sempre em movimento, buscando realizar-me de forma pessoal, profissional... na vida.

Ao meu querido orientador, Prof. Marcos Nascimento, pela paciência, pelo cuidado, saberes e experiências compartilhados, por ser coadjuvante nessa árdua batalha, por apresentar-me outras formas de pensar e viver o mundo, serei eternamente grata.

À professora Suely Deslandes por ter sido tão solícita, pelo incentivo, por acreditar e me impulsionar, pelos ensinamentos e principalmente pelas provocações, por me instigar, questionar, por me fazer abrir os olhos para outras possibilidades, desconstruindo e (re) construindo conceitos.

À Fundação Oswaldo Cruz, em especial ao Instituto Fernandes Figueira, por ter sido um sonho realizado, por tamanho zelo e competência com a comunidade científica, por levar ciência de forma democrática aos quatro cantos do País, por ter acreditado no projeto do Consórcio de Programas de Pós-graduação e ter agraciado o Piauí com tamanho empreendimento.

À Maternidade e aos meus colegas profissionais de saúde pelo acolhimento, pelo abrir de portas, e por aceitarem compartilhar comigo suas rotinas.

Às adolescentes e seus familiares, mas especialmente a elas, às meninas, que além de compartilharem comigo um momento tão singular e especial, que é o parto; me levaram a ressignificar esse evento, sobretudo me levaram a pensar sobre empatia, conceito tão caro nesses tempos.

Às professoras que estiveram comigo desde a qualificação do projeto e gentilmente aceitaram participar da defesa desta tese, Prof.^a Ivia Maksud, Prof.^a Andreza Nakano; agradeço e sinto-me honrada em contar com a apreciação de vocês, na certeza de que suas valiosas contribuições foram essenciais para a lapidação deste trabalho.

Aos meus colegas de turma do Doutorado em Saúde, Ambiente e Sociedade, consórcio entre Programas de Pós-graduação da FIOCRUZ, por constituírem verdadeiras redes de apoio, e por incentivarem uns aos outros na construção de suas pesquisas.

Ao amigo Breno Oliveira, pela amizade, e carinho, mas principalmente pelo estímulo, pelo incentivo à pesquisa, a novas leituras, por mostrar-me as cores em um mundo que imaginava ser preto e branco. Agradeço por acreditar em mim, e me fazer acreditar. Muito obrigada.

A todos os amigos que torceram por mim, sempre me deram apoio e força para que eu seguisse firme no meu propósito. A todos meus sinceros agradecimentos.

Ao Benício e ao Bento, personificação do amor em minha vida.

Desistir?

Eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério. É que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça

(Cora Coralina)

RESUMO

A insurgência do tema parto e nascimento no campo das ciências sociais e humanas é recente, e apesar de constituir-se um campo de pesquisa relativamente novo, tem se consolidado e conquistado interesse nos cenários acadêmico, científico e político de luta pelos direitos das mulheres. Provocada pela multiplicidade de questões que merecem ser analisadas para melhor se compreender o parto na adolescência, mergulhei na tríade práticas, interações e Moralidades para refletir sobre como se apresentam e se articulam nesse contexto. Neste estudo buscamos compreender os sentidos da experiência e dinâmicas interacionais do parto na adolescência entre os atores presentes no cenário de parto. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e o método escolhido foi o etnográfico. Meus interlocutores foram as adolescentes, acompanhantes e os profissionais de saúde. O cenário deste estudo foi uma Maternidade Pública municipal de Teresina, Piauí. A análise de dados foi a de narrativas, proposta por Riessman. Percorremos junto às meninas, o itinerário de parto dentro da maternidade, de modo que, observando e participando das cenas, descortinamos as práticas exercidas na assistência ao parto, sopesando-as com as interações entre os atores. Refletimos ainda sobre as Moralidades, que se apresentam em formas de julgamentos, tanto dos profissionais quanto dos acompanhantes, de forma explícita ou velada, frente a gestação e conseqüente parto na adolescência. Por fim, observamos que o modelo de assistência ao parto de adolescentes não difere no modelo oferecido às mulheres adultas. Ainda persiste um modelo intervencionista, com presença tímida das boas práticas, os julgamentos morais e éticos constituíram alegoria importante dentro desse modelo.

Palavras-chave: Adolescente. Parto. Trabalho de Parto. Gravidez na Adolescência. Antropologia Cultural.

ABSTRACT

The appearance of the theme of childbirth and birth in social and human sciences is recent. Despite being a relatively new field of research, it has consolidated and gained interest in the academic, scientific, and political scenarios of the struggle for women's rights. Motivated by the diversity of issues requiring analysis to understand adolescent pregnancy better, this study explored the practices, interactions, and moralities triad to reflect on how they present and articulate themselves in this context. This study aimed to understand the meanings of the experience and interactional dynamics of childbirth in adolescence among the actors present in the childbirth scenario. It is qualitative ethnographic research with adolescents, companions, and health professionals in a municipal public maternity hospital in Teresina, Piauí, Brazil. For the analysis, we used the narrative method proposed by Riessman. By observing and participating in the scenes, we unveiled the practices performed in childbirth care, weighing them against the interactions between the actors. We also reflected on the moralities, which present themselves in forms of judgments, both by professionals and companions, either explicit or veiled, regarding pregnancy and the consequent childbirth in adolescence. Finally, it was observed that the teenage pregnancy assistance model does not differ from the model offered to adult women. Despite a discreet presence of good practices, an interventionist model persists, in which moral and ethical judgments constituted important symbols.

Keywords: Adolescent. Parturition. Labor. Obstetric. Pregnancy in Adolescence. Anthropology, Cultural.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Principais marcos das políticas de Saúde que envolvem Adolescentes	22
Figura 2 – Representação gráfica do “Emaranhado”	91

LISTA DE SIGLAS

BCF	Batimentos cardiofetais
CC	Centro cirúrgico
CFM	Conselho Federal de Medicina
CPN	Centro de Parto Normal
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MBE	Medicina baseada em evidência
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RNFSDR	Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos
ReHuNa	Rede Nacional de Humanização do Parto
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Informado e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

PRAZER, ESSA SOU EU!	XII
APRESENTAÇÃO DA TESE	XV
1 INTRODUÇÃO	18
2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO	26
2.1 OBJETIVOS	31
2.1.1 Objetivo geral	31
2.1.2 Objetivos específicos	31
3 MARCO TEÓRICO	32
3.1 CULTURA DO PARTO	32
3.1.1 Medicalização do parto	34
3.1.2 Medicalização como modelo tecnocrático	37
3.2 HUMANIZAÇÃO DO PARTO: MODELOS EM DISPUTA?	41
3.3 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NA ADOLESCÊNCIA	49
4 PERCURSO METODOLÓGICO	56
4.1 A ETNOGRAFIA	56
4.2 MEUS INTERLOCUTORES	64
4.2.1 Meus colegas	64
4.2.2 As meninas	66
4.3 ONDE SE PASSA ESSA HISTÓRIA?	73
4.4 A ENTRADA EM CAMPO	84
4.5 “ESTAR LÁ”: EM CAMPO	86
4.6 “ESTAR AQUI”: A ESCRITA	95
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	97
5 PRÁTICAS	98
5.1 A CHEGADA DAS MENINAS...	99
5.2 DAS ESCOLHAS QUE NÃO SÃO MINHAS...	112
5.3 É CHEGADO O MOMENTO...	117
5.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?	128
5.5 A VISÃO DAS MENINAS	132
5.6 (RE) VIVENDO AS CONTRADIÇÕES DOS <i>SETTINGS</i> DE PARTO	138

6 MORALIDADES E SENSO COMUM NA LEITURA DA GRAVIDEZ DE ADOLESCENTES	144
6.1 OS DIREITOS DAS MENINAS	163
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	166
REFERÊNCIAS	174
ANEXO	191
APÊNDICES	195

PRAZER, ESSA SOU EU!

Antes do convite à leitura desta tese, acho pertinente, apresentar-me, e neste exercício trazer para essas linhas um pouco de mim, lembrar-me *quem eu sou, de onde eu venho, para onde vou*. Lembro bem de um dia ter ouvido as seguintes indagações, *por que gravidez na adolescência? Acaso você passou por isso?* Ouvi essas perguntas lá no início, enquanto ainda estava no processo de construção do meu objeto de pesquisa, mas daí pude refletir o quanto a nossa história de vida, as nossas vivências se fazem essenciais nas nossas escolhas, inclusive nos levando a questionar, problematizar certas questões.

Enfermeira. Mui decididamente, *se é que durante certa fase da adolescência, se consegue definir algo de certeza na vida*, optei pelo curso de Enfermagem e obtendo êxito, cursei os quatro anos e meio de formação, na Universidade Federal do Piauí (UFPI). À época, formação direcionada ao paradigma biomédico, *e que ainda hoje persiste, já que retornei à casa*, fui construindo o conhecimento com leitura nos atlas, compêndios, nos manuais do Ministério da Saúde, e esboçando esse *background* que agora me proponho ampliar.

Logo que me formei comecei a trabalhar. Meu primeiro emprego foi em uma Maternidade Pública da rede municipal de Teresina. Embora tivesse durante minha formação, participado de monitoria na disciplina Saúde da Mulher, tivesse participado de projetos de extensão na área por um longo período, não havia imaginado que meu primeiro trabalho como enfermeira fosse justamente nessa área. Mas materializou-se o jargão “*amor à primeira vista*”, ou “*amor ao primeiro trabalho*”, já que não era tão à primeira vista assim.

A esse tempo, estava ingressando no programa de Mestrado em Enfermagem na UFPI. Semente plantada ainda na graduação, fui aos poucos cultivando o desejo em trabalhar como docente, e o ingresso no Mestrado veio como um forte adubo, que me ajudaria na colheita que, embora não tivesse previsão, nem certeza de fazer, era o que desejava colher. Durante o mestrado, por questões institucionais, e outras, que não exigem resgatar, trabalhei na área de Saúde do Idoso, que também não havia sido a primeira escolha, mas que me proporcionou um conhecimento e um aprendizado ímpar.

Tive na minha formação, uma matriz curricular generalista, aprofundar-se em áreas específicas dentro da Enfermagem era assunto para *pós* graduação, e foi o que me aconteceu, tendo começado a trabalhar na maternidade, surgiu-me a possibilidade de cursar uma Especialização em Enfermagem Obstétrica, oferecida aos profissionais que atuavam em maternidades para capacitação considerando o contexto da Rede Cegonha.

Hoje reflito o tanto que aquele período foi intenso e rico pra mim, mas voltemos. A especialização Enfermagem Obstétrica Rede Cegonha, foi outro forte adubo, desta vez para cultivar o meu gosto pela área, que estava por desbravar. Foi com esse curso que comecei a (re) pensar minha bagagem trazida pela graduação, o meu conhecimento, minhas práticas... com uma matriz curricular ainda muito envolta no biologicismo, foi também onde pude estudar a assistência sob outras vertentes, principalmente sob a perspectiva da humanização e das boas práticas ao parto e nascimento.

Trouxe muito do que aprendi na especialização para o meu dia a dia na maternidade, especialmente quanto às práticas que realizávamos na rotina no serviço, as práticas que eram preconizadas, e o que observava nas aulas, nas falas das professoras. Ademais, não somente as práticas em si, mas como acolhíamos as parturientes, como a despeito de tantas evidências, tantos estudos orientando sobre a assistência, ainda precisávamos avançar muito em nossa realidade.

Finalizei o mestrado, finalizei a especialização. Nos intervalos, trabalhei como professora temporária em uma Universidade Estadual, o que assentou mais ainda o desejo de seguir carreira acadêmica, galgando passos rumo à desejada carreira de professora. Era chegada a hora de buscar um programa de Doutorado. Então comecei a buscar editais, programas... não cessaria até ingressar, mas dessa vez havia uma particularidade, eu queria ingressar em um Programa de Doutorado que pudesse estudar questões relacionadas a área de conhecimento a qual tanto me afeiçoei, Saúde da Mulher, Obstetrícia, ou áreas afins.

Eis que surge um edital de um Consórcio de Programas de Pós-Graduação na FIOCRUZ, e adivinhem, havia vagas para Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher. Era a minha vez. Eu não podia perder a oportunidade. Daria o meu melhor pra conseguir. Começa aí o percurso até chegar ao parto de adolescentes. Queria trabalhar com esse tema.

Ah! não é meu lugar de fala... *verdade, não é.* Mas a provocação por esse tema veio da minha rotina enquanto enfermeira na maternidade, recebendo dia a dia várias meninas em trabalho de parto, e ainda que de forma velada, jugando e se questionando como poderia, elas, ao invés de estarem buscando seus estudos, trabalhos, estarem ali, prestes a terem bebê e a terem senão, interrompidos, pelo menos bastante adiados seus projetos de vida, resumindo, veio da minha inquietação baseada no meu julgamento. Mas há nisso uma explicação... lembrem-nos, eu trouxe nas linhas anteriores.

Aprovada no Doutorado (inclusive, muito feliz), cabe os parênteses, fui (re) descobrindo outros caminhos e outras formas de pensar, trago adiante como se deu esse processo, quando

falo da construção do meu objeto, como cheguei ao parto de adolescentes, e para a transformação ser total, numa perspectiva socioantropológica. Ora, quem diria, completamente destoante de tudo que pensara. Na contramão, eu encontraria o meu caminho...

Penso ser importante trazer essas ponderações. Precisei fazer um exercício de entender meu lugar várias vezes nessa pesquisa. Não foi uma tarefa fácil, mas extremamente valorosa, especialmente por me levar a pensar que eu posso ser plural, posso passear em vários espaços e não preciso e nem devo limitar minha visão em absolutamente nada. *Uma enfermeira, que se propõe antropóloga?* Não. Definitivamente não, mas uma enfermeira, hoje também professora, que pode e deve enxergar o mundo sob as mais diversas lentes do saber.

APRESENTAÇÃO DA TESE

Eram tantas possibilidades... ao mesmo tempo que julgava ser fácil enveredar por caminhos que me pareciam “seguros”, observei que acolher o familiar, sob uma nova perspectiva, contribuiria tanto para um crescimento profissional, quanto para uma nova forma de vislumbrar a Saúde e o Cuidado que outrora pensei e pensaria. Compreender os sentidos da experiência e as dinâmicas de interação de partos de adolescentes, de certo me levariam a (re) significar o parto, esse evento a partir de agora, adquiriria novos contornos.

Assim, aconteceu e ainda em um processo de vir a ser, está acontecendo, não poderia jamais incorrer em dizer que, ocorreu uma disrupção total, de que todos os preceitos sob os quais me formei, todas as referências que me moldaram como Enfermeira e porque não dizer como pessoa, já não existam mais, isso seria uma falácia. De fato, um rompimento, não, considero ainda que toda a imersão que me permiti e me foi permitido fazer proporcionou muito mais, quando incitou em mim, uma mudança que veio de dentro para fora, os referenciais que busco agora me ensinam a pensar “macro”, o que acaba sendo salutar para uma estudante que se propunha Doutora em Saúde Coletiva.

Para além de uma conclusão acerca dos objetivos e perguntas de pesquisa, e extrapolando a obrigatoriedade de trazer o percurso e as respostas que propusemos encontrar, busquei a melhor forma de compartilhar e tentar conectar, a quem se permitir, esta empreitada. De forma criativa, e por que não, excêntrica, busquei compreender meu objeto de pesquisa, à luz e pelo rigor metodológico da etnografia.

Inicialmente dediquei-me a uma breve apresentação. Resgato um pouco de minha vida pessoal e profissional para esclarecer de onde eu falo. No primeiro capítulo, trago algumas notas introdutórias, para contextualizar a questão do parto de adolescentes, retomo alguns dados estatísticos, e pincelo, ainda que superficialmente, sobre os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes, e como estes se circunscrevem no contexto da gravidez na adolescência e principalmente no parto.

No segundo capítulo, apresento o processo de construção do objeto de pesquisa. Reflito sobre de que modo, emergiu em mim o anseio em trabalhar com o parto de adolescentes, as questões pessoais e teóricas que pavimentaram a construção do objeto, todo o passo-a-passo, revelo minhas questões de pesquisa, e por fim, elenco os objetivos desta investigação.

O terceiro capítulo é dedicado ao marco teórico eleito para nortear a análise dos achados da pesquisa. Resgato um pouco da cultura do parto, adentrando na medicalização do parto e modelos de assistência ao parto, com ênfase no modelo tecnocrático ainda vigente. Abordo a

humanização do parto, suas premissas, e como este se coloca numa possível disputa com os outros modelos de assistência, e avanço nos direitos sexuais e reprodutivos na adolescência.

No quarto capítulo, discorro sobre o percurso metodológico. Proseio sobre etnografia, apresento meus interlocutores, e passeio pelos espaços percorridos na maternidade. Compartilho como se deu minha entrada em campo, e em seguida vou esmiuçando como foi meu ‘estar lá’, como foi o trabalho de campo, as facilidades, as dificuldades, depois é a vez de adentrar as vicissitudes do “estar aqui”, discorrendo sobre a fase de escrita e por fim, os aspectos éticos.

Denominei “Práticas”, o quinto capítulo, no qual discuto sobre as práticas exercidas pelos profissionais, desde a entrada das meninas¹ até o parto. Transito entre uma análise direcionada aos aspectos técnicos, mas também como se apresentam na interação dos meus interlocutores, que sejam meninas, acompanhantes e profissionais. Destaco aspectos das práticas que beiram ou que constituem violência obstétrica e trago a leitura deste todo na visão das meninas, arremato com um relato de trabalho de parto que acompanhei e que me provocou algumas reflexões.

No sexto capítulo, intitulado “Moralidades e senso comum na leitura da gravidez de adolescentes”, provocada por uma fala da Ministra Damares Alves, mergulho em uma discussão sobre as moralidades que cerceiam o contexto da gravidez da adolescência, e como elas modulam os discursos e senso comum, busquei ainda nas cenas de parto, observar como se construía as relações em torno das moralidades expressas nas interações entre profissionais e as meninas, entre elas e seus acompanhantes, e consigo mesmas.

Por fim, as considerações finais, no sétimo capítulo. Não sei se cabe esse termo “*finais*” ... sim, pode ser, pelo local que ocupa dentro da tese, mas não com o sentido de certeza, de conclusão. Nessa seção, busco coser todos os capítulos em busca de responder meus objetivos. Trago à tona as limitações do estudo, as implicações do mundo pandêmico para minha pesquisa, e transito entre as respostas e as muitas interrogações que me surgiram.

¹ No capítulo cinco, apresento as razões que me levaram a chamar as adolescentes, minhas interlocutoras, de meninas.

1 INTRODUÇÃO

“Os insetos lá não me dão prazer, na verdade - explicou Alice – porque tenho medo deles, pelo menos dos maiores. Mas posso lhe dar o nome de alguns.

-Naturalmente eles atendem pelo nome – observou distraidamente o Mosquito.

-Nunca ouvi dizer que fizessem isso.

-E de que serve então, eles terem nomes, se não atendem por esses nomes?

Estranhou o Mosquito

-Para eles, não serve de nada - Alice explicou. - Mas é útil para as pessoas que dão os nomes, eu acho. Se não, por que dar nomes as coisas?”

(CARROLL, 1980, p.163)

Alice fora muito perspicaz... inquietava-a entender o porquê de ter que dar nome as coisas. Para que ou para quem serviria dar os nomes?! Campos e Silva (2010) inspiraram-se na estória de Alice, quando ela em uma conversa com o mosquito, tentava compreender a necessidade de se denominar as coisas, fazendo uma analogia para entender em que se baseia a necessidade de se denominar a adolescência. Quase como uma catalogação, classificação, observamos que existe a necessidade de alocar as pessoas em fases, faixas seguindo algumas características, buscando certo enquadramento.

Esse movimento de encaixar e desencaixar só atesta a heterogeneidade da adolescência, observamos que, ora fase de êxtase, descobertas, mudanças biofisiológicas, ora fase de crise, indefinições, esquadrinhar a adolescência e imbuí-la de características inertes, fixas, não dá conta de abarcar a pluralidade da adolescência em nossa sociedade (CAMPOS; SILVA, 2010).

Qual seria então o sentido em dar este nome? E principalmente quem estaria autorizado a denominar e classificar essa fase? Essas perguntas nos inspiram a refletir que de fato é a cultura que constrói esses conceitos, não somente o de adolescência, mas das outras fases da vida, conferindo-os atribuições, formas e maneiras de agir inerentes e próprias a cada fase.

As políticas de saúde no Brasil adotam a perspectiva de que a adolescência corresponde à segunda década da vida (de 10 a 19 anos), categorização etária que, embora não considere aspectos individuais nem sociológicos, adota critérios que objetivam identificar requisitos que orientem investigações epidemiológicas, elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo, programações de serviços sociais e de saúde pública (BRASIL, 2007).

Utilizei a definição de adolescência da Organização Mundial da Saúde nesta pesquisa. Então por mais que eu compreenda a pluralidade da adolescência em nossa sociedade, sobretudo nos dias atuais, e que de fato comprove-se que essa categorização etária não dá conta de sustentar discussões sobre todas as demandas que se sobressaem no contexto da adolescência, fui compelida a adotá-la por questões técnicas, prevendo uma possível dificuldade com o comitê de ética, que geralmente exige uma demarcação cravada de quem serão os sujeitos da pesquisa.

Apesar do uso de marcos etários bem definidos para classificação dos grupos populacionais, observa-se que estes variam de acordo com concepções sociais e relações intergeracionais de um momento histórico. Nesse contexto a adolescência, além de uma definição objetiva, carrega ainda uma representação estereotipada de “fase problemática da vida”, cuja leitura principal é a de noção de “crise” (HEILBORN, 2012). Observa-se que “a própria adolescência se traveste de problema, de crise, de explosão, de contestação etc., incorporando a si o que lhe foi designado por uma cultura adultocêntrica” (CAMPOS; SILVA, 2010, p.15).

Dentre os diversos eixos temáticos para discussão sobre adolescência e seus desdobramentos, observa-se uma preponderância de temas como violências, uso de drogas, acidentes de trânsito, doenças sexualmente transmissíveis e gestações não planejadas (BRASIL, 2013a). Assim, um rápido exame das temáticas abordadas na área de saúde aponta para uma literatura que enfatiza a associação entre adolescência e condutas antissociais, ou comportamentos de risco, este último proporcionando agravos como as infecções sexualmente transmissíveis e/ou a denominada “gravidez indesejada” (FREITAS et al., 2014).

Embora não seja fenômeno recente, a gravidez na adolescência vem na maioria das vezes envelopada com um “rótulo” de problema de saúde pública, sobretudo no Brasil, onde gravidez e parto são muito medicalizados, não surpreende que boa parte dos profissionais de saúde atrelem à gestação aspectos indesejáveis e negativos, como evasão escolar, abandono de projetos de vida, riscos à saúde materna e fetal (HEILBORN, 2006).

Pesquisas focalizam o crescimento populacional e taxa de fecundidade, a multicausalidade da gravidez, o uso de métodos contraceptivos, e ainda buscam definir e caracterizar a adolescência, e verificar como se dá a atuação de profissionais junto a essa população (GOUVEIA et al., 2011).

Apesar das taxas ainda serem elevadas, e a despeito do alarmismo acerca das estatísticas sobre a gravidez na adolescência, temos observado um declínio da taxa de fecundidade de

adolescentes. Segundo dados do DATASUS/SINASC, em 2000, a taxa de fecundidade de adolescentes de 15 a 19 anos era de 81 por 1.000 (81/1000) adolescentes, e partir daí foi caindo lenta e gradualmente, de modo que em 2018, já se verificava uma taxa de 54/1000, e em 2019 a taxa de fecundidade de adolescentes entre 15 e 19 anos chegou a 48/1000 (BRASIL, 2019a).

A gravidez na adolescência é tema de destaque entre os diversos campos de saberes, sob o predomínio de discursos alarmistas, moralistas, que a correlaciona com a pobreza, desestruturação familiar, problemas sociais, além de riscos médicos e psicológicos para os sujeitos envolvidos. Nas ciências sociais nota-se uma proposta de ruptura dessas visões ainda preponderantes – homogeneizadoras, deterministas – da gravidez na adolescência (como fenômeno médico), em busca de desvelar todo o processo de construção social que aí se encontra (BRANDÃO, 2001).

O que até aproximadamente meados do século XX, não era considerada questão de saúde pública, não recebendo a atenção de pesquisadores como hoje em dia (DIAS; TEIXEIRA, 2010), passa a ser considerada “problema”. Embora a gravidez na adolescência não seja especificamente o objeto desta pesquisa, faz-se necessário problematizá-la, porque não há como dissociá-la do objeto ao qual me proponho estudar.

Uma das principais justificativas sob a qual se assenta a contrariedade para com a gravidez na adolescência é sua íntima relação com a evasão escolar e conseqüente interrupção dos projetos de vida, mas o que se observa é que mesmo entre a literatura, embora se comprove essa relação, não há um consenso. A maternidade da adolescência pode não ser apontada como fator para deserção escolar, e sim, as condições socioeconômicas das meninas que engravidam. Observa-se que as políticas públicas não trabalham numa perspectiva de inclusão, tampouco de discussão de assuntos da esfera da sexualidade e reprodução dos adolescentes, nem de seus projetos de vida (REYES; ALMONTES, 2014).

Para além de um palanque no qual se discutiria “de fora” quem seria contra ou a favor, ou quais as conseqüências negativas e positivas, ou mesmo se existe uma relação causa-efeito da gravidez na adolescência, o que se observa é uma normatividade da sexualidade e vida reprodutiva dos adolescentes. Muito embora, a custo de lutas, pesquisas e acordos nacionais e internacionais, os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes já estejam instituídos nos dispositivos legais, na prática o que se verifica é uma incipiência, um caminhar a passos lentos, quando não retrógrados (CARVALHO et al., 2012).

Ao se refletir sobre a sexualidade, no contexto da gravidez na adolescência, “desenha-se um imaginário de tintas dramáticas sobre a erotização de pessoas consideradas muitos jovens” (HEILBORN, 2012, p.65). Não se trata apenas da gravidez *precoce* e seus possíveis

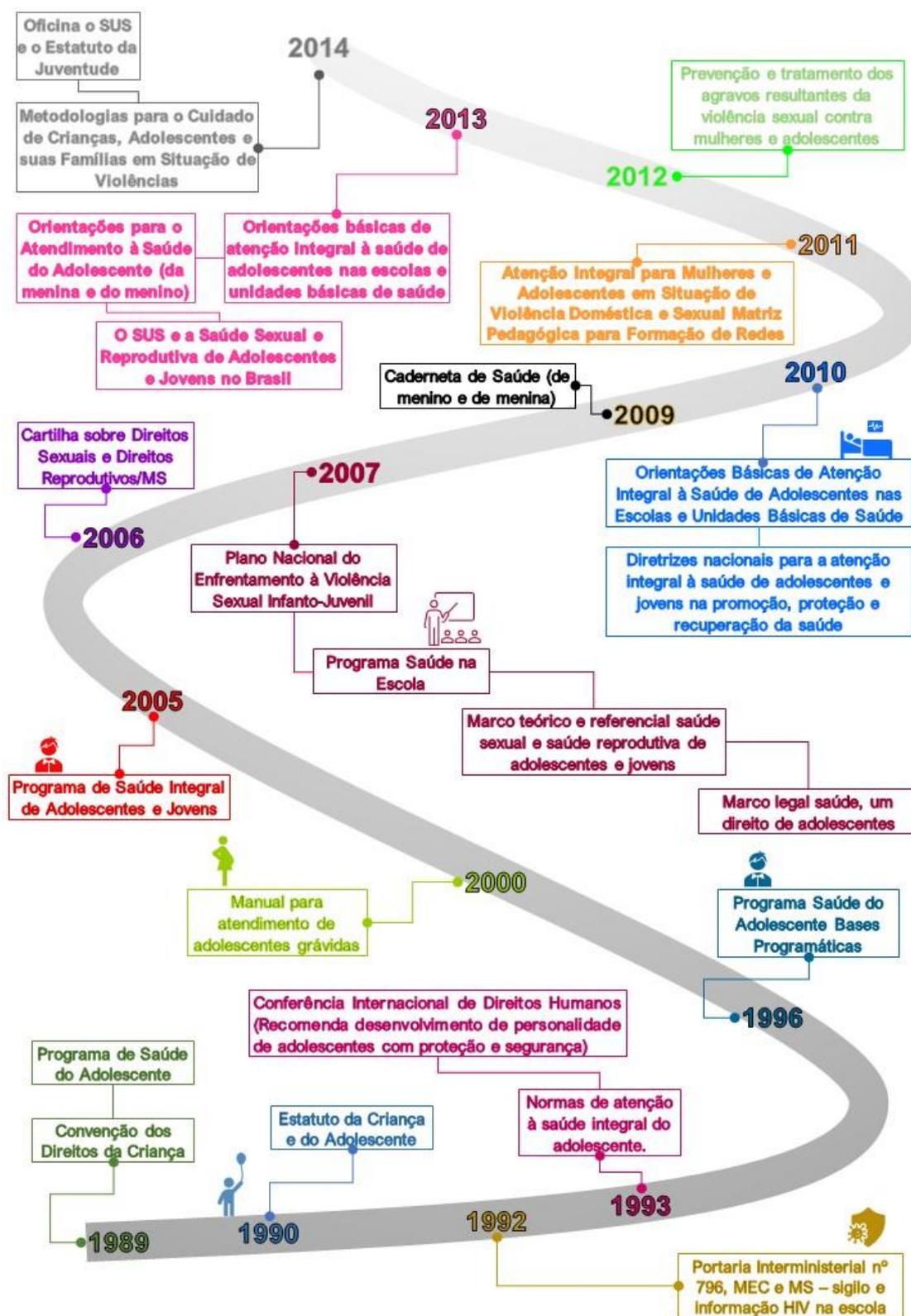
“efeitos deletérios”, mas quando se remete a discussão da gravidez nesta fase, observa-se que os discursos não se assentam somente na gravidez, mas no próprio exercer da sexualidade, presumindo uma interdição desta, considerando a relação próxima de ambos.

Da invisibilidade a status de fase de problema, os adolescentes não constituíam grupo de relevância dentro das agendas das políticas públicas. Com o decorrer do tempo, incitados pelos “problemas”, e pela associação a comportamentos de risco, e tribulações sociais, as políticas públicas voltaram-se para as questões da adolescência até o reconhecimento dos adolescentes como sujeitos de direitos (OPAS, 2017).

No que tange ao exercício pleno de seus direitos, incluídos os sexuais e reprodutivos, observamos que houve, e ainda há, uma trajetória longa e tortuosa percorrida e a ser percorrida. O longo caminho que o tema saúde sexual e reprodutiva de adolescentes seja no âmbito dos acordos internacionais, seja mediante ações do Ministério da Saúde, a fim de prover atenção integral e universal a adolescentes está retratado na figura 1, que destaca alguns marcos normativos importantes nesse contexto (OPAS, 2017).

Apesar de todos os esforços na elaboração de políticas, de dispositivos que garantam o pleno exercício dos direitos dos adolescentes e jovens, inclusive com a participação dos próprios jovens na busca de reconhecimento, há que se considerar o peso do componente político nesses processos. Caminhávamos numa ascendente buscando compreendê-los sujeitos de direitos e, portanto, considerando suas vozes, trabalhando na desconstrução da tutela muito presente ainda na sociedade.

Figura 1 – Principais marcos das políticas de Saúde que envolvem Adolescentes



Fonte: Adaptado de OPAS, 2017

A mídia, os discursos oficiais, boa parte dos gestores públicos atestam a gravidez na adolescência com um problema, é tanto que tem até um dia mundial voltado para esta discussão, "Dia mundial de prevenção da gravidez na adolescência", comemorado mundialmente em 26 de setembro, e que teve no Brasil, data fixada por lei, pelo atual Governo Federal, em 1º de fevereiro, que o estende para uma semana, a Semana Nacional de prevenção da Gravidez na Adolescência (NUNES, 2013; BRASIL, 2019b).

Não desmerecendo, nem tampouco negando a importância de discutirmos a gravidez na adolescência, o que inquieta são as estratégias ou discursos que ganham notoriedade dentro do escopo dessas campanhas. A despeito de todo o envolvimento e incentivo à participação dos próprios adolescentes, o que vemos é que eles são os menos ouvidos. As campanhas privilegiam o controle da sexualidade, a normatização, isso quando não o negam, como no caso da estratégia de abstinência sexual, como meio de prevenção da gravidez, impossibilitando qualquer exercício responsável da sexualidade. Ademais, pesquisas apontam que mesmo informadas e com acesso a métodos contraceptivos, muitas adolescentes revelam o desejo de engravidar (PANTOJA, 2003).

Um olhar socioantropológico sobre o tema da gravidez na adolescência proporciona uma visão ampliada sobre todas as nuances que emergem nesse campo. É necessário um exercício de relativização, por isso trouxe essa contextualização, para daí adentrar no meu objeto de pesquisa. Para lapidar minha pesquisa, precisaria olhar para as questões acima resgatadas com estranheza, ou incorreria na possibilidade de manter uma visão reducionista da gravidez e, por conseguinte do parto na adolescência.

Em 2000, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo era assegurar a melhoria do acesso da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério. Apesar de promissor, pela proposição de condutas baseadas em evidências, pela priorização do parto vaginal, pela não medicalização do parto e pela redução de intervenções cirúrgicas, o programa não contemplava as especificidades da gestante/parturiente adolescente (BRASIL, 2002a).

Embora implantado no ano de 2000, as premissas do PNP, mesmo após mais de uma década, ainda não foram alcançadas em sua totalidade, sobretudo para a gestante/parturiente adolescente, que podemos comprovar quando pesquisas realizadas com adolescentes, no Brasil, revelam que apesar de mais da metade das adolescentes terem tido seus bebês por parto normal, em 2013 e 2014, (55,6% e 69,8%, respectivamente); a grande maioria, 88,4% e 87,5%, respectivamente, estava deitada com a barriga para cima durante o trabalho de parto, o que não é considerado boa prática de parto e nascimento (BRASIL, 2017a).

Outro achado importante do estudo acima trata sobre a presença do acompanhante. Em 2013, 13,3% das adolescentes não tiveram acompanhante durante a sua internação para o parto, 33% não tiveram na hora do parto e 6,7% não tiveram após o parto; em 2014, esses resultados foram: 10,8 %, 26% e 7,2%, respectivamente. Essa mesma pesquisa apontou ainda diversas outras intervenções desnecessárias a que as adolescentes foram submetidas e também a falta de acesso (ou acesso reduzido) a boas práticas (BRASIL, 2017a).

Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa “Nascer no Brasil²” (LEAL; GAMA, 2014), na qual observou-se que menos de um terço das mulheres em trabalho de parto se alimentou durante o trabalho de parto e utilizou procedimentos não farmacológicos para alívio da dor. Aproximadamente 45% delas referiram ter se movimentado durante o trabalho de parto, e embora tenha apresentado uma prevalência variada, o uso de boas práticas não alcançou 50% das mulheres (DINIZ et al., 2014).

Mas podemos observar alguns possíveis avanços na assistência ao parto das adolescentes, o recente estudo de Viellas et al. (2021)³ deixa-nos esperançosos quando aponta que as adolescentes se apropriaram melhor das práticas obstétricas benéficas ao trabalho de parto e parto, foram elas que mais utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor, e que tiveram garantido a presença do acompanhante, sendo suas chances de ter acompanhante, 30% maior quando comparado com mulheres de 20 a 34 anos.

Foi a partir do campo da saúde, especialmente da saúde pública, que surgiram os primeiros trabalhos acadêmicos abordando, com enfoque socioantropológico o tema parto e nascimento, numa tentativa de analisar criticamente o modelo de atenção ao parto vigente em nosso país. A insurgência do tema parto e nascimento no campo das ciências sociais e humanas é recente, e apesar de constituir-se um campo de pesquisa relativamente novo, tem se consolidado e conquistado interesse nos cenários acadêmico, científico e político de luta pelos direitos das mulheres (MULLER; RODRIGUES; PIMENTEL, 2015).

Observamos que, embora alguns estudos de cunho socioantropológico desde 1980 tenham engendrado na proposta de compreender a parturição no Brasil, por exemplo como o fizeram Salem em 1987, e Gualda, em 1993, foi a partir dos anos 2000 que a antropologia

² Nascer no Brasil: Pesquisa que buscou conhecer melhor a atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério no Brasil, além de estimar a prevalência de prematuridade e a incidência de complicações clínicas imediatas ao parto, e após o parto para as mães e recém-nascidos (LEAL; GAMA, 2014).

³ Estudo faz parte da pesquisa multicêntrica “Avaliação da Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha”, realizada em 2017, pela Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal do Maranhão que avaliaram 606 maternidades conveniadas ao SUS com plano de ação da Rede Cegonha, responsáveis por mais de 50% dos partos do país, com o intuito de contribuir para uma reflexão acerca dos avanços e desafios do parir e do nascer no Brasil (VIELLAS et al., 2021).

brasileira, influenciada por uma leitura etnográfica, passa a se dedicar ao parto enquanto tema central e atual (CARNEIRO, 2014).

Provocada pela multiplicidade de questões que merecem ser analisadas para melhor se compreender esse evento que é tão único e ao mesmo tempo tão plural, mergulhei nos estudos sobre partos, e nesse empreendimento, encontrei que no Brasil existem estudos que abordam o parto de adolescentes, mas observamos um predomínio de enfoques estatísticos, observacionais, avaliativos, situados mais na área da saúde pública e epidemiologia.

Cito algumas pesquisas que enfocaram o parto de adolescentes, por exemplo na região Nordeste, o estudo de Furtado, Gomes e Gama (2016), que buscou identificar os fatores que interferem no acesso de adolescentes e jovens à assistência ao parto, ainda no Nordeste, mas no estado do Piauí, pesquisadoras se detiveram na realização de pesquisas avaliativas sobre a qualidade da atenção no pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério de adolescentes (VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012; 2013).

Acionei essas pesquisas, destacando a importância delas para compreender aspectos relacionados à parturição adolescente, porém ao mesmo tempo, para enfatizar a escassez de estudos que abordem questões outras, como por exemplo, quais os discursos das adolescentes frente a esse evento, quais as concepções destas, possíveis lacunas que possam existir entre o posto e o previsto.

A melhor alternativa que vislumbrei para (re) inserir-me no contexto do parto de adolescentes, buscando compreender esse universo, agora de outro lugar, foi utilizar as lentes do campo da antropologia, a saber da etnografia, o que me possibilitaria um distanciamento, e ao mesmo tempo a aproximação necessária para descortinar-me novos horizontes.

Não à toa passei pelas questões relacionadas à gestação na adolescência, claro, meu objeto depende dela, seria imprudente de minha parte enveredar pela investigação do parto, afastado da gestação, embora sejam dois grandes prospectos, e por sua magnitude sustentem análises isoladas, no caso desta pesquisa, não haveria como fazer essa dissociação. O mesmo refiro sobre ter incluído notas breves sobre os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes para instrumentalizar-me na busca de responder meus objetivos.

Na esteira dessas inquietações que vão além da esfera profissional e científica, e provocam minha vida pessoal, fui fisgada pela antropologia por meio da etnografia para esgravatar as interações, as práticas e as moralidades do parto na adolescência.

2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO

O ano era 2017... naquele ano, a Fiocruz lançou um edital de doutorado na modalidade de consórcio⁴, este contemplava vários programas de pós-graduação da referida instituição. Ao acessar o edital observei a existência de vagas voltadas para programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira IFF/FIOCRUZ, após algumas tentativas em outros programas, hesitei por um momento em tentar o edital, mas agarrei a oportunidade.

Enfermeira, com Mestrado em Enfermagem em uma área completamente diferente da que, agora me proporia investigar, enveredei por esses caminhos, porque após iniciar um trabalho em uma maternidade na assistência a mulheres no ciclo gravídico puerperal, realizei uma especialização *lato-sensu* em Enfermagem Obstétrica. Nesse ínterim, havia ainda um desejo pessoal de trilhar o caminho da docência, ao acessar o edital imediatamente considerei todas essas questões, e segui.

Para pleitear a vaga no IFF/FIOCRUZ, elaborei um projeto que teve como objeto de pesquisa, a gravidez na adolescência. Pelo fato de atuar em uma maternidade, prestar assistência às meninas gestantes, e por vezes, com um (pré) conceito, julgá-las, não explicitamente, mas muitas vezes de forma velada, com questionamentos, mãe com essa idade? e os estudos? e a responsabilidade?, buscava compreender como esse evento acontecia, quais os fatores que contribuíam para a consolidação desse “grave problema de saúde pública”, dito isso, vale lembrar que enchia o peito para falar sobre a gravidade da gravidez na adolescência, estava satisfeita e otimista que faria um trabalho importante.

Fui aprovada. Somente alegria, a fase do entusiasmo. Mas preciso retroceder um pouco para esclarecer como se deu o percurso até o início dessa construção. Na modalidade de consórcio na qual ingressei, o doutorado acontecia da seguinte forma, as disciplinas eram ministradas presencialmente a cada mês pelos professores dos programas que integravam o consórcio, a orientação dos projetos de pesquisa ocorria de forma remota com alternância de momentos presenciais.

⁴ Consórcio entre os Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública; Epidemiologia em Saúde Pública e Saúde Pública e Meio Ambiente da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz; o Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical do Instituto Oswaldo Cruz – IOC/Fiocruz; e o Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz. Regulamentado em setembro de 2017 pelo Colegiado e foi adaptado à turma de Doutorado em Saúde, Ambiente e Sociedade a partir dos Regimentos dos cinco Programas envolvidos.

As aulas tiveram início, e alguns professores que vieram ministrar aulas eram orientadores de alunos da turma, logo a turma ficava ansiosa, “*será quando vou conhecer meu orientador?*” Interessante, pensar que mesmo com todos nós sendo formados, Mestres, alguns professores, a ansiedade de orientando é a mesma, corroborando com a máxima “aluno é tudo igual”. De repente, fomos surpreendidos, o grupo de alunos do IFF/FIOCRUZ, com o convite para conhecer a instituição e discutir com os orientadores sobre o projeto de pesquisa e demais encaminhamentos.

Ao chegar no Rio de Janeiro-RJ pela primeira vez, conhecer o Instituto e um pouco da história e dos serviços clínicos e de educação que são oferecidos... confesso que fiquei envaidecida pela oportunidade de estudar na Instituição. No Primeiro dia, conhecemos os professores e nos dividimos, alunos e respectivos orientadores para uma seção particular para tratar sobre o projeto, o meu encontro seria no dia seguinte.

Ansiosa que sou, certamente não dormiria naquela primeira noite... fato consumado. Fui então para o Instituto e tive meu esperado encontro com eles, meus orientadores, professores Marcos Nascimento e Suely Deslandes, havíamos sido apresentados no dia anterior, mas esse foi um encontro para nos conhecermos e alinharmos o projeto de pesquisa, foi quando eles reforçaram que os primeiros passos já haviam sido dados, só precisaria de ajustes e alguns detalhes, porque novos contornos eram necessários.

É muita vívida a lembrança que tenho dos meus orientadores perguntando por que eu considerava a gravidez na adolescência um problema grave de saúde pública, nesse momento pensei estariam “me testando”? seria algum tipo de pegadinha? mas na realidade era como um prenúncio de uma fase de intensas modificações nas minhas concepções. Precisaria, como sugere Heilborn (2006), desconstruir a visão de problema, por meio de um exercício de relativização, o que não seria uma tarefa fácil.

Não seria mesmo. Falar sobre a gravidez na adolescência sob a alcunha de problema já virara assunto legal. Considerar os aspectos socioantropológicos que transversalizam essa temática não é foco de uma importante parcela da sociedade, o que se comprova quando o então Governo Federal institui na forma de Lei a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência (Lei 13.798/2019)⁵, propondo discussões sobre prevenção e combate da gravidez

⁵ Lei sancionada pelo Presidente Bolsonaro que institui a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, a ser realizada anualmente na semana que incluir o dia 1º de fevereiro, com o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência. A campanha que teve como tema “Tudo tem seu tempo”, visa dentre outros objetivos a construção de um plano nacional de prevenção do sexo precoce, conforme a Ministra Damares Alves (Matéria <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-02/governo-lanca-campanha-para-reduzir-gravidez-na-adolescencia>).

na adolescência. Abro um parêntese importante para esclarecer que, não me proporia não a negar as implicações que advêm de uma gravidez nessa fase, mas a problematizá-la de uma forma menos protelar e reducionista.

A conversa não parou nessa pergunta... muito foi dito, muito foi sentido... questionamentos... proposições... geraram uma tempestade de ideias e dúvidas e por que não dizer sofrimento?! não no sentido literal da palavra, mas aquela inquietação que não te deixa descansar e te leva a perguntar por onde você esteve durante todo esse tempo, porque você não se permitiu outras leituras, outros horizontes. Sim, minha formação, permeada de leituras de manuais, livros de semiologia, fundamentação de Enfermagem, pautada em uma visão determinista e biologicista, agora empreendendo em uma discussão a luz de outros referenciais sem dúvida geraria conflitualidade.

A literatura sobre gravidez na adolescência é vasta (COSTA; HEILBORN, 2006), os estudos passeiam entre aspectos relacionados aos riscos à mãe e ao bebê (SANTOS et al., 2014), às implicações psicossociais da gravidez nessa fase (SANTOS; CARVALHO, 2006), muitos se detêm sobre a evasão escolar (SOUSA et al., 2018), e também sob a égide dos diversos campos do saber como ciências da saúde, ciências sociais, estudos epidemiológicos, dentre outros. Quando adentramos à literatura sobre a gravidez na adolescência em uma perspectiva mais problematizadora, imersos nas ciências sociais, por exemplo, esses números se reduzem.

Ainda almejando não fugir do meu contexto de pesquisa, mas impulsionada a rever meu objeto de pesquisa, optei por permanecer nessa seara, mas sob uma diferente perspectiva. Nesse momento conversamos e começamos a construir o objeto de pesquisa, ainda na área temática de gravidez na adolescência, no entanto desconstruindo alguns estereótipos, enveredaria pelos estudos socioantropológicos, mas agora com meu objeto finalmente definido: o parto na adolescência.

Sobre o parto na adolescência, existem estudos epidemiológicos, qualitativos, avaliativos, a literatura já começa a se alargar sobre o parto nessa fase, especialmente sobre as repercussões do parto em vista do aspecto fisiológico, mas pesquisas sobre a subjetividade do parto, sobre esse evento de forma menos medicalizada e na perspectiva das adolescentes são em menor número quando comparado aos anteriores, busco assim explicar minha envergadura sobre o parto na adolescência numa vertente antropológica.

Ainda que exista uma vasta literatura que adentra ao universo da gestação e parto, quando consideramos a gestação de forma menos pragmática e mais problematizadora, sob o prisma socioantropológico, observamos uma redução do número de pesquisas, e quando

convergimos para o parto, de adolescentes, corroboramos o mesmo achado, assim busco justificar meu empreendimento.

Utilizar a etnografia para (re) pensar o parto de adolescentes, me permitiria compreender os sentidos e significados dessa experiência, considerando suas próprias vivências...suas vozes, além disso ressalta o fato de que, para além de normas e protocolos, existem ambiguidades, disrupções e injunções, que concatenam as peças múltiplas e heterogêneas que formam esse contexto (ANDRADE; MALUF, 2014; SARTI, 2014)

Me proponho responder as seguintes perguntas de pesquisa: quais os sentidos atribuídos pela adolescente à assistência ao parto? Quais julgamentos e práticas dos profissionais de saúde e familiares se apresentam no contexto do parto na adolescência? Quais as concepções dos profissionais acerca do parto na adolescência? Tendo como estratégia, a etnografia

Voltei para o Piauí, trouxe muitas sugestões de leituras, textos das ciências sociais sobre gravidez na adolescência, textos sobre etnografias, etnografias de parto, muito material que me ajudaria a criar intimidade com esses novos referencias que ainda me eram estranhos. Era uma verdadeira balança de emoções, ao tempo que estava empolgada com o novo, com as possibilidades, também estava ansiosa, tensa, e se eu não conseguisse?

Algumas turbulências ainda aconteceriam... a cada leitura me interessava mais, mas crescia um sentimento de que não conseguiria me apropriar dos autores, de que não conseguiria escrever texto tão densos, eu nunca nem havia imaginado a possibilidade de escrever em primeira pessoa... todas essas questões me assustavam um pouco, mas continuei.

Então veio a primeira “crise”... as aulas aconteciam mensalmente e passávamos uma semana bem intensa juntos, a turma inteira com os professores que vinham do Rio de Janeiro, à medida que avançávamos observava meus colegas de turma... a maioria muito satisfeitos com a construção de seus objetos de pesquisa, outros em fase de aprendizado de novas metodologias, e aquele cenário me deixava ainda mais insegura.

A minha insegurança inicialmente não advinha somente desse novo paradigma de pensamento, esses novos olhares à questão do parto na adolescência, mas também das lentes que utilizaria, do método que me permitiria responder os meus questionamentos...elucidar meu objeto de pesquisa, a etnografia. O imaginário comum, muitas vezes aponta o parto como um evento natural e intrínseco da mulher, por exemplo, quando utilizamos a máxima, *‘eu sei parir’*, no entanto essa seria uma atividade que eu deveria exercitar para aprender.

Levis Strauss reconhece a etnografia como uma vocação autêntica, considerando que ela, ainda que não tenha sido ensinada, pode ser descoberta no próprio eu do etnógrafo (LÉVI-STRAUSS, 1955). Eu estava por contrariar esse pensamento, não a desempenharia por vocação,

mas pelo exercício incessante e busca de formação, eu ainda não tinha intimidade alguma com esse método.

Certa semana de aula, a coordenadora do Programa esteve conosco, e coloquei pra ela minha situação, eu “desmoronei”, e o que me deixava mais preocupada é que fosse interpretada como fraqueza, desinteresse, quando na verdade eu só não via em mim condições de atender ao que o projeto exigiria.

A coordenadora do programa deu-me total apoio, no sentido de compreender aquela situação que eu estava vivenciando, mas como acontece com adolescentes que sofrem influência direta e fortemente dos pais, foi em um colega de turma, meu querido Breno Oliveira, que eu encontrei vigor para continuar, com suas palavras de apoio, o incentivo a novas leituras e o segurar na mão e fazer juntos, me impulsionou a continuar com a pesquisa. As leituras, pesquisas sobre a égide das ciências sociais, antropologia, e adentrar pelo universo do fazer etnográfico, não só me eram possíveis, como trariam enormes ganhos à minha vida pessoal e profissional.

Após a definição do objeto de pesquisa, preparei-me com leituras, pesquisas, ajuda de amigos e principalmente com o acompanhamento que tive de meus orientadores. E o trabalho de campo? Apesar de toda essa preparação que tenha feito havia a imprevisibilidade deste, no campo as coisas se movem, tudo é passível de se mover, o tempo, as informações, os fatos, as pessoas, os informantes, as situações (BRAGA, 2015).

Por mais que tivesse estudado e refletido sobre a minha pesquisa no campo, cada vez mais pulsava em mim a certeza de que esse seria um marco, um evento singular de tudo isso de toda essa gestação e muito do feito durante esse período de espera contribuiu para o êxito do meu papel de pesquisadora.

Grande parte da expectativa em mim, que tanto me paralisava quanto me impulsionava, advinha do fato de concordar com Peirano (1995), a etnografia, não cabe ensiná-la tão somente como uma técnica, aprendê-la é um processo, carregado de experiências e vivências no campo, é um acumulado destas e principalmente de todas as reflexões emergidas no decorrer do percurso, assim, caberia a mim, ressignificar minhas expectativas, em torno de minha aprendizagem.

Após compartilhar como se deu a construção do objeto, todas as querelas, sentimentos e reflexões envolvidos na edificação dessa pesquisa, na seção a seguir trago um conjunto de estudos que nortearam minha análise e a discussão dos resultados.

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo geral

- Compreender os sentidos da experiência e dinâmicas interacionais do parto na adolescência entre os atores presentes no cenário de parto.

2.1.2 Objetivos específicos

- Compreender os sentidos da experiência do parto para a adolescente.
- Identificar e compreender quais os julgamentos (técnicos, morais, éticos) e práticas da equipe de profissionais se apresentam no contexto do parto na adolescência.
- Analisar as interações entre a adolescente e os atores presentes (equipe, familiares e parceiro) no cenário de parto.
- Refletir sobre as relações de poder exercidos no corpo e parto da adolescente.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 CULTURA DO PARTO

As percepções e experiências de concepção, gravidez, parto e nascimento variam em grupos culturais diversos. Nessa premissa é válido resgatar o conceito de cultura que propiciará a reflexão sobre o parto no presente estudo. Observa-se que são várias as tentativas de definição de um conceito de cultura, e estas, embora se diferenciem, não se contrapõem. Para Geertz (2008), o homem é um animal que vive preso a uma teia de significados por ele mesmo criada, parte desse pressuposto e sugere que essa teia e sua análise venham a ser cultura.

A cultura de parto são as crenças herdadas que informam os membros de uma sociedade sobre concepção, condições adequadas para procriação e gestação, o funcionamento de uma gestação e do parto, e regras de comportamentos pré e pós-natal. Entre as diversas culturas, observa-se que existem crenças próprias sobre o funcionamento do corpo da mulher e melhores condições e período para concepção, diferentes culturas analisam o mesmo fenômeno, no entanto com nuances explicativas diversas (HELMAN, 2009).

As concepções de parto são mutáveis ao longo do tempo dentro de uma mesma sociedade, ou até mesmo nas diferentes instituições sociais. Entendendo a cultura como particular e diversa a depender da sociedade a qual pertença, para realizar uma imersão na cultura de parto ocidental, é interessante resgatar autores e momentos históricos a fim de se compreender quais os percursos percorridos até os dias atuais.

Embora fosse comum as mulheres darem à luz como uma programação natural de reprodução da espécie, observa-se que as práticas relacionadas variaram ao longo do tempo, sendo que essa tentativa de resgate do parto, não somente sob a perspectiva fisiológica, mas sim como evento cultural, independente do cenário em que ocorra, é recente (GÉLIS, 1992).

Há alguns séculos, a mulher paria isoladamente, sem o mínimo de intervenção, e cuidados. A gravidez, intrínseco do feminino, não era fenômeno de interesse da coletividade. A historicidade da assistência ao parto e nascimento tem início a partir do momento em que as próprias mulheres se auxiliam, e iniciam um processo de acumulação do saber sobre a parturição (MELO, 1983).

Independente de cultura, estando em trabalho de parto, as mulheres eram assistidas por outras mulheres, geralmente, familiares, amigas, parteiras. Até o século XVII, o parto era tido como assunto de mulheres, resolvido de modo caseiro, com presença de parteira e geralmente da mãe da parturiente (MALDONADO, 2002; HELMAN, 2009).

As mulheres que outrora acompanhavam e assistiam as parturientes o faziam por meio de suas experiências, e contavam com a confiança da família e comunidade para tal, naquele momento, a participação masculina era muito pequena, até mesmo por consideração aos padrões culturais da época. Observava-se que assistência à parturiente, considerada assunto de mulheres, era envolta em um clima emocional favorável, criado pelas parteiras, que com suas crenças, talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar a dor das contrações assistiam à mulher em seu parir (PROGIANTI; BARREIRA, 2001).

Em muitas comunidades algumas mulheres se destacaram na arte de “partejar”, além de confortarem e encorajarem as outras e, mesmo em situações adversas, muitas vezes eram exitosas, sendo estimadas pela sociedade. A maioria dessas mulheres desenvolviam habilidades e conhecimentos empíricos sobre como assistir ao parto e nascimento, os quais eram passados de geração a geração (ROOKS, 1997).

A medicina até então, não havia se apropriado do parto, não tendo muito conhecimento em relação a ele, eram as parteiras que detinham o conhecimento e prestavam assistência, sendo os médicos solicitados de modo ocasional, em casos de partos difíceis, mas, ainda assim, naquela época, o poder de decisão continuava sendo da mulher, sua família e/ou amigas (HELMAN, 2009).

A cultura de parto ocidental moderna se consubstancia no século XVII, sob influência de pensadores como Descartes, Bacon e Hobbes, que acreditavam na existência de um mundo mecanicista que seguindo leis previsíveis, poderia ser descrito e controlado pela ciência e tecnologia. Nesse contexto, emerge o modelo dualista mente-corpo, que evoca um padrão de corpo como uma máquina, imersa em um período de rápido crescimento econômico, ainda no século XVII, a sociedade ocidental substituiu o organismo humano — como a metáfora à qual subordina a organização do universo — pela máquina (HELMAN, 2009).

O corpo humano, desvendado pelos renascentistas, era visto como um grande engenho no qual as peças se encaixavam em harmonia. O corpo masculino era considerado o protótipo do funcionamento apropriado do corpo-máquina, valorizado, idealizado, enquanto o corpo feminino era visto como desviante do padrão de corpo (masculino) que, por sua própria natureza, apresentava um funcionamento defeituoso e perigoso (DAVIS-FLOYD, 2003).

A concepção do corpo feminino, como uma máquina defeituosa, constituiu a base da compreensão médica acerca da “natureza” feminina. Todo o ciclo vital da mulher passou a ser visto como uma sucessão de fenômenos fisiopatológicos. Nessa égide, a gravidez e o parto também são interpretados como fenômenos predisponentes a manifestações mórbidas (PEREIRA; MOURA, 2008).

A predisposição para situações mórbidas do corpo feminino constituiu-se no foco de atenção dos fenômenos reprodutivos, especialmente a gravidez e o parto. A concepção de imperfeição dos fenômenos reprodutivos levando a necessidade de correção dos mesmos foi produzida pela racionalidade científica. Tal concepção exigiu novos sistemas de ações e de técnicas, que gerou uma nova ordenação espaço-tempo do cuidado ao parto e nascimento (PEREIRA; MOURA, 2008).

Em uma cultura de racionalização, a separação do binômio mãe-bebê é alicerce do modelo tecnológico do parto. O bebê recém-nascido é retirado do corpo da mãe, entregue a profissionais que examinam, inspecionam, realizam procedimentos, pesam, medem, colocam colírio, seguindo todo um “protocolo”, e em seguida após ter sido, nas palavras de Helman (2009, p.155), “apropriadamente aculturado” ou “batizado pela tecnologia” é devolvido à sua mãe.

Davis-Floyd (2003) explora os significados dos instrumentais tecnológicos, aparatos técnicos, no envolvimento da mulher que rodeada pela tecnologia, tem um campo visual que a condiciona a crer numa cultura na qual a tecnologia é suprema, ocorrendo assim a troca do “*high touch*” pela “*high tech*” (o toque pela tecnologia). A mulher nesse cenário, se entrega com confiança e simplicidade às regras do saber científico e tecnológico, entendendo ser uma forma segura de parto e nascimento.

Observando a evolução e fulcro processual do desenvolvimento da obstetrícia moderna, é possível compreender a cultura de parto, pensando em cultura como proposto por Geertz (2008) o produto das relações dos indivíduos entre si, na produção de sentidos e significados, advindos de processos dinâmicos que sofrem influência de transformações sociais que ocorreram de forma lenta e gradual.

3.1.1 Medicalização do parto

A assistência à mulher durante o parto sofreu muitas modificações decorrentes da medicalização e institucionalização do parto, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina. Embora comprovada queda da mortalidade materna e infantil decorrente dos avanços, eles também contribuíram para que hoje a parturiente seja a “paciente”, sem direito sobre si (SEIBERT et al., 2005).

Na base ideológica dessa instrumentalização está a medicalização, que pode ser compreendida como um fenômeno através do qual a vida cotidiana é apropriada pela medicina e interfere na construção de conceitos, costumes e comportamentos sociais (BRITO, 2012). A

medicalização do parto teve início durante os séculos XVIII e XIX, embora a área médica já no século XVI tenha se aproximado timidamente do parto, foi nesses séculos que a prática médica se desenvolveu, e se legitimou em meio ao discurso sobre parto e nascimento.

Tendo início no século XIX, nas investidas da medicina em transformar o parto em um evento controlado, observa-se que houve efetivação do poder médico com a consolidação deste na cena do parto sobretudo advinda da criação dos instrumentais próprios para obstetrícia, com um enfoque especial para o fórceps⁶, que simbolizou a arte da obstetrícia médica, influenciando sua aceitação como disciplina técnica e científica, e coadunando com o conceito de que o parto é um evento perigoso (SEIBERT et al., 2005).

Mais do que qualquer outro instrumento, o fórceps simbolizou uma mudança no significado do parto para a sociedade, agora caracterizado como evento médico, cujos significados científicos, anteriormente aparentemente privado, íntimo e feminino, passa a ser vivido de maneira pública com a presença de outros atores sociais (SEIBERT et al., 2005).

A visão medicalizada da vida e dos corpos, retira da gravidez o seu caráter de experiência, desconsidera a essência transformadora da gravidez, e a coloca sob a perspectiva curativa, que nega o novo papel social da mulher (HELMAN, 2009). Observamos que o parto é experienciado e qualificado de forma diferente por médicos e mulheres, estas consideram a capacidade de seus corpos e suas sensações, enquanto aqueles tentam controlar o evento em si.

A experiência do parir, antes profundamente subjetiva e de vivência no ambiente domiciliar para a mulher e sua família, nesse contexto de medicalização já no século XX se transforma em uma experiência hospitalar, um momento privilegiado para o treinamento de acadêmicos e residentes de medicina e obstetizes. Sem dúvidas, um ponto que potencializou toda essa transformação da vivência do parto foi a perseguição às parteiras, a desqualificação e banimento destas que contribuiu sobremaneira no desaparecimento de um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus corpos, suas dinâmicas e seus produtos (TORNQUIST, 2004).

No período colonial, as mulheres tinham seu papel vinculado especialmente a sua atividade puramente reprodutiva, onde se observava uma tendência pró-natalista, com a Igreja fomentando a procriação e atribuindo naturalidade aos sofrimentos decorrentes do parto por considerar ser uma oportunidade purificadora, para a redenção dos pecados. Nesse contexto, a igreja se colocou como aliada a medicina, ambas almejavam a dominação do corpo feminino,

⁶ Instrumental cirúrgico utilizado pelos cirurgiões para auxiliar na retirada do bebê.

mesmo que com objetivos distintos: um voltado ao cuidado com a alma; o outro, com o corpo (SEIBERT et al., 2005).

Compreende-se, outrossim, a mudança dos atores envolvidos no parto, antes mulheres, com seus saberes e experiências, para homens com suas práticas de dominação, um dos fatores que mais contribuiu para o desgaste do papel das parteiras e consequente aceleração da legitimação do médico foi o período da “caça às bruxas”, ocorrido entre os séculos XIV e XVII, neste período as parteiras causaram incômodo e afronta às autoridades da época por terem uma assistência voltada para amenização da dor do parto, em uma época em que se acreditava que a mulher deveria sofrer essas dores para a expiação de seus pecados (SPINK, 2013).

A disputa, ora posta entre médicos e parteiras, estendeu-se por muitos anos. Estas, foram aos poucos tornando-se subordinadas aos cirurgiões, e aos poucos efetivou-se o monopólio do poder médico nas práticas obstétricas. O aprimoramento do saber médico, e as taxas decrescentes de mortalidade contribuíram para a aceitação da hospitalização perante a sociedade, em outros termos ter os filhos em hospitais passou a parecer mais seguro para as mulheres (VIEIRA, 2002).

Embora, efetivada a transferência do parto do domicílio para o hospital, é necessário compreender como ocorreu essa passagem por todas as nuances envolvidas e que muitas vezes não são discutidas. Houve um momento em que dar à luz fora de casa era anormal, havia uma conotação de desvalorização social. No Brasil as mulheres pobres, indigentes, mães solteiras quando necessitavam recorriam às Santas Casas, que eram mantidas pela caridade religiosa, sendo atendidas por cirurgiões, em um ambiente precário, com altos índices de infecção e mortalidade, e ao dar à luz, pela inexistência de enfermarias destinadas a parturientes, permaneciam com seu filho e outras mulheres acometidas por diversas enfermidades no mesmo local (MOTT, 2002).

Adentrar na historicidade de transferência do parir do domicílio para o hospital é de uma relevância singular, sobretudo quando refletimos essas “idas e vindas” ou prefiro apresentar como mudança de cenário de parto, dentro das sociedades, quando observamos que o parto sai da esfera familiar, transfere-se para o hospital, e hoje, existem movimentos de retorno ao ambiente domiciliar, familiar. Retomo esse adendo para justificar o porquê desse retorno na história, embora não seja objetivo principal do texto, pelo menos nesse momento ressaltar essa dinâmica, pensando nos dias atuais.

Com o decorrer do tempo, com o surgimento das escolas de medicina, a necessidade de locais para as práticas das faculdades de medicina na época, levaram a uma reestruturação dos hospitais e o surgimento e consolidação das maternidades. Observou-se que diante da

valorização da figura do médico e da medicalização do parto, em conjunto com as “novas” maternidades uma mudança no enaltecimento desses espaços, agora já não eram considerados hostis e sujos, ao contrário agora se configuravam como locais seguros para a parturição (MOTT, 2002).

Face a essas transformações, observa-se não ter havido somente uma simples “mudança de endereço”, mas um conjunto de valores e concepções, que reverberaram no processo de medicalização consolidado no Brasil a partir da segunda metade do século XX, o que explica o arcabouço ideológico que sustenta a hegemonia do atual modelo tecnocrático e hospitalocêntrico de assistência ao parto e nascimento, este com suas regras definidas, com local específico, e comportamentos esperados, subjazem no parto como evento de risco, potencialmente patológico.

Para além de uma mudança de cenário, de domiciliar a hospitalar, a medicalização do parto simbolizou uma transfiguração de todo o processo gestar-parir da mulher. Uma das principais diferenças entre a perspectiva dos médicos e das mulheres com relação ao parto, decorre do fato de este ser considerado um processo natural ou médico. Pela égide do pensamento médico, a gravidez não consistiria em um fenômeno natural da vida da mulher e sim um evento médico isolado (HELMAN, 2009).

Compreende-se assim as temporalidades do processo de medicalização do parto e do corpo feminino, a depender dos processos de modernização de diferentes sociedades e de diferentes grupos sociais. A medicalização que, na maioria dos países, significou a transferência do ritual do parto para o hospital significou bem mais do que uma mudança de “endereço”, envolveu a patologização do evento, a destituição de redes de solidariedade e dos saberes femininos, a transformação de um fenômeno familiar em um assunto do biopoder, no sentido foucaultiano, as tentativas de higienização das condutas familiares, a consolidação de um sistema que alguns autores consideram fabril no que tange ao parto, e alienação por parte dos diferentes profissionais envolvidos (TORNIQUIST, 2006).

3.1.2 Medicalização como modelo tecnocrático

O modelo tecnocrático de assistência ao parto, descrito por Davis-Floyd (2001) como a corrente de pensamento convencional que norteia a prática da assistência obstétrica há várias décadas, surge com a entrada do médico no atendimento ao parto, e com sua institucionalização situando e levando a mulher à condição de paciente, sem autonomia sobre o seu corpo, separada

dos familiares e do próprio filho ao nascer, neste o parto é tido como um processo patológico, de caráter biologicista, intervencionista (DAVIS-FLOYD, 2001; MEDINA, 2003).

A antropóloga, ao discutir sobre tecnocracia, esclarece ainda que, este termo implica no uso de uma ideologia onde o progresso tecnológico é fonte de poder político, ele expressa não somente a dimensão tecnocrática mas também as dimensões hierárquicas, burocráticas e autocráticas do modelo cultural atual dominante (DAVIS-FLOYD, 2003). Modelo que pode ser compreendido como consequência da sociedade ocidental globalizada, orientada pela ciência, pela tecnologia, pelo lucro econômico e por instituições controladoras do corpo feminino, enfim, o “retrato da medicalização da sociedade” (CARNEIRO, 2015b, p.63)

Em um contexto de valorização excessiva da ciência e tecnologia bem como do progresso pelo desenvolvimento de máquinas cada vez mais sofisticadas, ocorre uma reafirmação da noção de corpo feminino como potencialmente “defeituoso”, nesse prisma, a vestimenta que a mulher usa ao adentrar o local de parto, as etiquetas que a identificam seriam a própria despersonalização da mulher, a tricotomia⁷ a infantilizaria transmitindo assim a ideia de que ela não tem capacidade de decidir, e o toque rotineiro, o não pertencimento do próprio corpo (DAVIS-FLOYD et al., 2009).

Ainda na tentativa de compreender os preceitos deste modelo tecnocrático, Davis-Floyd et al. (2009) repensam o parto hospitalar como um ritual, cujo objetivo seria o de reafirmação de *status quo* e de determinado imaginário social de supremacia de tecnologia, corpo e saúde em contraposição à doença. Ainda quanto a ritualização, observa-se uma expropriação da mulher do evento do parto, a mulher é despersonalizada, negada na cena de parto, na transferência de cenário, do domicílio para o hospital, aspectos individuais teriam sido apagados (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015). Nesse premente ritual de limpeza e purificação dos corpos, o parto, torna-se uma “questão de acontecimento técnico-profissional” (CARNEIRO, 2015b, p. 65).

Para Davis-Floyd (2003) muitos dos rituais em obstetrícia na realidade são modos de transmitir valores da sociedade para a mulher, especialmente os conformados com uma visão de impotência da mulher, com uma visão de corpo feminino “defeituoso”, toda essa visão convergindo para afirmação do poder da medicina em controlar os corpos e processos naturais, demonstrando a superioridade das tecnologias, instituições e ciência sobre os processos naturais e significações individuais. Dessa maneira, é anunciado à mulher, a superioridade do conceito

⁷ Raspagem dos pelos pubianos, procedimento não recomendado segundo as Diretrizes para o parto normal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b).

de tempo aliado a produtividade, e especialmente a preponderância das necessidades da instituição perante às suas (DINIZ, 2001).

Ao refletirmos sobre essa transmissão de valores da sociedade às mulheres, é interessante pensar na singularidade desse fenômeno quando se trata de uma adolescente, especialmente pelo fato, de que mesmo em meio a diversos avanços quanto a legislação que trata do empoderamento de adolescentes e jovens, em particular quanto a aspectos de sexualidade e reprodução, ainda é premente a visão “problemática” do adolescente, e a gravidez ainda vista de forma engessada pelos profissionais de saúde como um problema de saúde pública.

Nesse momento, é imprescindível que nos inquietemos e reflitamos sobre as dimensões e simbologias utilizadas na assistência ao parto de uma adolescente, entendendo que quando da assistência a uma mulher adulta, incorre-se em despersonalização, alienação da mulher, submissão às práticas institucionais, ademais e ao nos depararmos com o atendimento ao parto de uma adolescente, que comportamentos e posturas se apresentam nesse contexto? Estariam os atores presentes na cena do parto da adolescente fazendo uso de pedagogias próprias para transmitir valores, emitir juízos e negar ainda de forma mais exacerbada os direitos destas, que muitas vezes já trazem consigo realidades de vulnerabilidades, de negação de direitos, sempre como objetos de uma postura tutelar que insiste em permanecer?

Delinearemos sobre a singularidade e de que modos os modelos de assistência ao parto da adolescente se apresentam atualmente adiante. Ainda sobre a medicalização do parto, e a consolidação do modelo tecnocrático, observamos que o fato de historicamente a assistência à saúde no Brasil privilegiar e consolidar as práticas curativas médico-hospitalares individuais, em detrimento de ações coletivas de prevenção e promoção da saúde, reverberou em uma cultura de valorização da doença, de especialização da assistência e intervenções de alta tecnologia em detrimento de promoção de saúde, da assistência integral e de ações de baixa tecnologia, solo fértil para a legitimação do modelo tecnocrático se tratando de parto (MAIA, 2010).

No modelo tecnocrático, a mulher é destituída de seu papel de sujeito ativo e condutor, tem sua subjetividade negada, aspectos culturais, emocionais e principalmente individuais desconsiderados. A assistência é subsidiada por tecnologias e intervenções, na maioria das vezes, desnecessárias. Nesse cenário, observa-se duas vias alternativas para a parturiente, ou um parto vaginal “traumático”, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea “padrão ouro da assistência tecnocrática” (MAIA, 2010, p. 35).

A cesariana ou extração fetal representa a expressão máxima da intervenção médica no processo de parturição, no modelo tecnocrático. Anteriormente considerada um procedimento de exceção, sendo indicada apenas em situação de risco para mãe e/ou feto, na atualidade é um procedimento cirúrgico na maioria das vezes programado, sem real indicação médica, de nenhum risco definido, cuja escolha é frequentemente atribuída à gestante (MANDARINO et al., 2009).

A cesariana se consolida em um contexto de múltiplas intervenções, a maioria das vezes, desnecessárias, que geram um efeito cascata, ou seja, que podem levar a complicações, gerando intervenções subsequentes, e a mais complicações, que terminam em uma intervenção final, que não teria ocorrido se a cascata não tivesse se iniciado (DINIZ, 2001).

Estatísticas apontam nas últimas décadas aumentos significativos nas taxas de cesariana no Brasil. Em 1970, a taxa de cesariana era de cerca de 15%, subindo para 38% em 2001 e para 48,8% em 2008, representando 35% dos partos do Sistema Único de Saúde (SUS) e 80% dos partos do setor privado (VICTORA et al., 2011). No ano de 2009, a taxa de partos cesárea foi 50,1%, superando, pela primeira vez, o número de partos vaginais. Em 2012 representava 55,7% dos partos e em 2014, 57% (BRASIL, 2014).

Nos últimos anos, mais precisamente na última década, muito tem se pesquisado sobre cesariana e fatores relacionados, sob diversas perspectivas (SASS; HWUANG, 2009), por exemplo, das diferenças entre serviços públicos e privados (ALMEIDA et al., 2008), de suas indicações (HADDAD; CECCATTI, 2011), de seus resultados perinatais (LEAL et al., 2012), das motivações de mulheres e médicos para a realização da cirurgia, analisando as influências das condições de assistência ao pré-natal e ao parto, e aspectos psíquicos e subjetivos (medo da dor, ideias de risco para a mãe e o bebê, etc.) (FAÚNDES et al., 2004; CHIAVEGATTO-FILHO, 2013; MANDARINO et al., 2009).

Sendo a cesariana a maior representação da medicalização do parto, surge a seguinte reflexão: Essa cesariana seria um objeto de consumo de quem? Para os médicos, a “cultura da cesárea” refletiria o desejo das mulheres, no entanto alguns estudos revelam que quando a mulher solicita uma cesárea, ela tenta fugir do parto normal, considerando o modelo intervencionista que o contorna, por medo da dor, intervenções desnecessárias, por não ter assegurado seus direitos, bem como o não acesso às boas práticas (BARBOSA et al., 2003).

Aliado a toda essa análise, observa-se o fato de que a liberdade de escolha acerca do tipo de parto é limitada pela falta de informação das mulheres sobre riscos e benefícios dos procedimentos médicos, bem como pela ausência de uma referência diferente de parto que não

as duas do modelo tecnocrático: um parto normal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea (MAIA, 2010).

Interessante resgatar que embora a literatura tenha se aprofundado na cesariana em seus mais diversos aspectos, as pesquisas ao colocarem o foco das escolhas individuais; das mulheres ou do médico ou de ambos, podem mitigar a complexidade do problema e pouco apreender sobre as transformações sociais que se co-constituem com a generalização desse procedimento. Nessa premissa é importante refletir mais criticamente e indagar-se sobre outros prismas, como por exemplo a cultura material que se desenvolve em torno da cesárea e seus efeitos (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015).

Diante da realidade de um modelo de parto excessivamente medicalizado e envolto a procedimentos cuja eficácia não está baseada em evidência e/ou que já foram considerados ineficazes ou até mesmo prejudiciais para o binômio mãe-bebê pelas evidências científicas acumuladas até então, surge como uma crítica e resistência, um movimento em prol da “humanização” do parto (SERRUYA, 2003; TORNQUIST, 2003; DINIZ, 2005).

3.2 HUMANIZAÇÃO DO PARTO: MODELOS EM DISPUTA?

Em resposta ao modelo de assistência obstétrica hegemônico no Brasil, caracterizado por um alto grau de medicalização e pelo uso abusivo de procedimentos invasivos, a humanização do parto surgiu como forma de tentar garantir uma assistência baseada em evidências científicas e na segurança, e não somente na conveniência de instituições ou profissionais (DINIZ; CHACHAM, 2006).

Os sistemas de saúde encarnam as crenças da sociedade que o criaram, nós, imersos em valores fortemente orientados pela ciência, pela tecnologia, pelo lucro econômico e pelas instituições patriarcais, acabamos por consolidar as práticas hegemônicas atuais, então, apesar de já demonstrado que a maioria das rotinas e procedimentos intervencionistas têm pouco ou nenhum embasamento científico, estes ainda assim são utilizados, porque não se encerram em um sentido somente técnico, e sim cultural (DAVIS-FLOYD, 2003).

Para além de uma postura, de um imperativo ético ou humanístico, se aprofundar no que vem a constituir-se humanização do parto, exige uma visão crítica da atual realidade, bem como um adensamento nos conceitos e na historicidade de como se propugnou este modelo em um espaço até então dominado pela tecnocracia.

O termo humanização é um termo polissêmico vem sendo utilizado na obstetrícia desde o início do século XX. Médicos renomados do modelo tecnocrático de assistência já utilizavam

o termo para caracterizar um parto que fizesse uso, por exemplo de fórceps e narcose, partindo do pressuposto que eram humanizadores pois diminuía o sofrimento da parturiente, contrapondo-se, assim, ao modelo anterior, tutelado pela igreja católica que propugnava o sofrimento do parto como desígnio divino (DINIZ, 2005).

A mulher antes descrita como culpada, que devia expiar, passou a ser vista como vítima da sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos do "desfiladeiro transpelvino". Para a mãe, o parto equivaleria a cair com as pernas abertas sobre um forçado, e para o bebê, a ter sua cabeça esmagada por uma porta, outrossim o parto fora por um período concebido como uma forma de violência intrínseca, um fenômeno "fisiologicamente patogênico"; e que implicaria em danos e sofrimentos, sendo, portanto, patológico (ROTHMAN, 1993). A maternidade já se inauguraria com a violência física e sexual da passagem da criança pelos genitais: uma espécie de estupro invertido (DINIZ, 1997).

Para o movimento feminista, humanização do parto refere-se ao respeito e à promoção dos direitos de mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica de segurança e eficácia, e não na conveniência de instituições ou profissionais (RNFSDR, 2002). Resgato, dentre a polissemia do termo humanização, o conceito do movimento feminista, na intencionalidade de ressaltar o importante papel que este movimento teve para a concretização do ideário de humanização do parto e nascimento.

Aprofundando sobre o conceito de humanização, considerando a diversidade deste, observa-se ainda o quão caro ele pode se apresentar para a tradição ocidental, para esta a ideia de humanização remeteria ao humano liberto da história e da cultura, nesse contexto ele poderia ser capaz de entrar em contato com seus instintos perdidos. Michel Odent (2009), obstetra, e importante estudioso do parto e nascimento, se apropria desse conceito, e expressa uma concepção de "animalização do parto", para o qual seria necessário retirar do parto os elementos identificados com o que seria propriamente humano, inclusive e principalmente a cultura (TORNQUIST, 2002).

As primeiras iniciativas de insurgência do movimento de humanização do parto e nascimento para Tornquist (2002), advém do que Tânia Salem (1983) chamou de "Ideário do Parto sem Dor", este iniciado nos anos 1950 com Dick-Read e Lamaze, obstetras que sensibilizados com as dores do parto, tentaram minimizá-las, transformando o parto em um evento mais prazeroso, fazendo uso para tal de técnicas comportamentalistas de controle da dor.

Embora não tenha utilizado o termo "humanização", o estudo de Tania Salem, realizado na década de 1980, foi considerado uma referência para os estudos sobre humanização do parto e nascimento, pois a autora ao pesquisar o fenômeno então designado de "casal grávido",

buscava além de compreender a participação do homem na gravidez e no parto, o ideal do casal que desejava que o parto fosse realizado com um mínimo de interferência médica. Desse modo, ainda que não utilizado o termo, nota-se muitas semelhanças entre a proposta de parto “natural” dos anos 1980 e o ideário da “humanização” – difundido pelos ativistas do movimento de humanização – atestando assim a relevância e atualidade do estudo de Salem (HIRSCH, 2015).

No Brasil, desde a década de 80, iniciou-se com o movimento de mulheres a luta em prol de mudanças na assistência ao parto. O movimento propôs políticas públicas e utiliza o termo “humanização da assistência à gravidez e ao parto”, reivindicando dimensões emocionais e sociais da maternidade, questionando o modelo médico centrado na concepção do corpo feminino como “defeituoso”, que trata o parto como patológico e arriscado, e que faz uso de tecnologia agressiva, excessiva, invasiva e potencialmente perigosa (RNFSDR, 2002).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o que reverberou em uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM contemplou aspectos relacionados a parturição, e representava uma avanço pois ampliava a saúde da mulher para além de uma visão biologicista calcada somente no aspecto reprodutivo da mulher, este incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, Doença Sexualmente Transmissível (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

A institucionalização do movimento pela humanização do parto ocorreu em 1993, com a fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), organização da sociedade civil, que apoia, promove e reivindica a prática do atendimento humanizado ao parto e nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, do binômio mãe-bebê e da medicina baseada em evidências científicas (MBE), tendo como documento norteador a declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁸ (HIRSCH, 2015).

Essa declaração foi publicada em 1996 pela OMS, e traduzida pelo Ministério da Saúde, no Brasil, em 2000. Esse documento classifica as rotinas do parto em quatro categorias, a saber: A – condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; B – condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; C – condutas sem evidência suficiente

⁸ Encontra-se vigente a publicação “Recomendações da Organização Mundial de Saúde para os cuidados durante o parto, para uma experiência de parto positiva”, divulgada em 2018.

para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, até que novas pesquisas comprovem o assunto; e D – condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício (BRASIL, 2001).

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) com objetivo primordial de 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, 2002a).

O PHPN definiu estratégias de melhoria na atenção obstétrica, ao adotar medidas que assegurassem o acesso, a cobertura e a qualidade do pré-natal. Além disso, reforçou a necessidade de vínculo entre a assistência pré-natal e o parto, mudanças na estrutura física dos hospitais e na capacitação dos profissionais, entre outras demandas. No entanto, apesar dos avanços das publicações oficiais, observam-se as inúmeras dificuldades encontradas pela proposta na tentativa de promover mudanças no contexto das práticas cotidianas.

Embora o PHPN tenha se constituído em um grande avanço para a reorientação da assistência ao parto no Brasil, observa-se que neste não consta aspectos relacionados à assistência ao adolescente em seu ciclo gravídico-puerperal, nem a demais grupos, considerados vulneráveis dentro da população de mulheres. Pela ênfase em garantir um padrão mínimo na assistência (número de consultas, imunizações, etc.) e seu registro, o programa não incorporou os questionamentos feitos pelo movimento de humanização à técnica *desumanizada* e sem base na evidência, o que se configurou como uma lacuna e que viria a ser discutido posteriormente em outras publicações (DINIZ, 2005).

Retomo a evolução das políticas relacionadas a mulher, entendendo que proposta de humanização do parto buscou alicerçar-se em todos os preceitos de saúde e de direitos da mulher, e em como para alcançar uma assistência humanizada, faz-se necessário toda uma mudança de paradigmas relacionados aos direitos das mulheres enquanto sujeitos.

Em 2004, com a Política Nacional de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PNAISM), ainda que de modo tutelar, observa-se um realce a necessidade de atenção direcionada a saúde das mulheres adolescentes, ainda que não destaque a humanização da assistência ao parto da adolescente a priori, traz conceitos e estratégias que apontam para a importância de amplificar e melhorar a qualidade da assistência deste grupo, considerado nesta como vulnerável (BRASIL, 2004).

Ainda resgatando as publicações oficiais que abordam ou subsidiam a proposta de humanização da assistência ao parto, em 2011, o Ministério da Saúde instituiu no âmbito do SUS, a Rede Cegonha que estabeleceu diretrizes a serem implementadas na assistência à mulher

grávida. Dentre seus objetivos, reafirmou o modelo humanizado de atenção ao parto normal e à criança até os dois anos de idade (BRASIL, 2011).

Aprofundando sobre a definição de humanização do parto, e entendendo-o como um conceito ainda não consolidado, único e sim polissêmico e em construção, reitero o observado por Diniz (2001), que constatou que as conceituações sobre parto humanizado variam conforme a própria fala do(s) ator(es) e seu(s) entendimento(s) e interpretação(ões).

Em sua pesquisa de doutorado, Diniz (2001) mapeou as várias interpretações do termo *humanização*, reconhecendo a presença de combinações, convergências, divergências e contradições entre elas. Para a autora os sentidos atribuídos à humanização, explicitam uma *reivindicação de legitimidade* de discurso. Trata-se de um diálogo, em um espaço político a ser ocupado, no qual as reivindicações de legitimidade, em disputa, podem ser convergentes ou conflitantes.

Nessa pesquisa, a autora reflete sobre o conceito de humanização sob a égide de alguns discursos, a saber:

- a) “Humanização como referida à *legitimidade científica* da medicina baseada em evidência⁹ (orientada pelo respeito à fisiologia humana e pelo uso do conceito de tecnologia adequada)”: interpretação que pretende “inverter a lógica que avalia o parto vaginal como primitivo e arcaico, contrapondo [...] a ideia de que a não intervenção é o ‘moderno’, enquanto a intervenção tecnológica acrítica e sem base na evidência é o que se busca superar” (DINIZ, 2001, p. 88);
- b) “Humanização como referida à *legitimidade política* da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres e crianças na assistência ao nascimento”: quando demanda, para além da assistência e parto seguro, uma assistência não violenta, “admitindo às usuárias o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos do parto sem complicações” (DINIZ, 2001, p. 86); - o discurso de direitos já estaria influenciando os formuladores de políticas e presente – mesmo que de modo retórico – em discursos públicos e, no que se refere às discussões sociais, integraria a agenda de direitos sociais em geral e direitos reprodutivos e da experiência prazerosa do parto, “relacionado à luta do movimento de mulheres por desfazer as supostas incompatibilidades entre essas ‘gerações’ de direitos, reivindicando a integralidade dos direitos humanos e dos direitos reprodutivos” (DINIZ, 2001, p. 87-88).

⁹ Colaboradores do grupo científico Cochrane, que tem publicado o maior acervo de pesquisas no campo da chamada Medicina Baseada em Evidências (TORNQUIST, 2004).

- c) “Humanização como referida ao resultado promovido pela tecnologia adequada na saúde da população” (DINIZ, 2001, p. 89) = dimensão coletiva da assistência mais adequada “no sentido de uma *legitimidade epidemiológica*, ou de saúde pública, derivada dessa adequação tecnológica, que resultaria em melhores resultados com menos agravos iatrogênicos maternos e perinatais” (DINIZ, 2001, p. 89);
- d) “Humanização como referida *legitimidade profissional e corporativa* de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto” (DINIZ, 2001, p. 90): relacionada à transferência da função primordial da assistência ao parto normal para o obstetra ou a obstetriz, em substituição à figura do médico e transferência do local do parto do centro cirúrgico para as salas de parto ou mesmo casas de parto.
- e) “Humanização como referida à *legitimidade financeira* dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos” apontada como desvantagem, ou “medicina para pobres”, ou como vantagem, “economia de recursos escassos”. “Do ponto de vista dos planejadores, essa vantagem aparece como um elemento definidor da adesão ao modelo, sobretudo em sua relação custo-benefício, na extensão de cobertura e melhora de indicadores (DINIZ, 2001, p. 91-92);
- f) “Humanização como referida à legitimidade da participação da parturiente como consumidora nas *decisões sobre sua saúde*, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente” (DINIZ, 2001, p. 93), diálogo com a mulher, inclusão do pai no parto, aceitar a participação de doulas e conceder alguma negociação nos procedimentos de rotina. Difere da noção relativa a direitos sociais, estando presente a ideia liberal (direito do consumidor), apesar de conter elementos similares.
- g) “Humanização como referida à *legitimidade do acesso ao alívio da dor*” (DINIZ, 2001, p. 95), relativa à adoção de procedimentos vistos como humanitários para pacientes do SUS (como a analgesia de parto).

Em meio a essa multiplicidade de sentidos e interpretações, o termo humanização do parto convergiria para um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, que traz ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens e discursos *baseados em evidências científicas* e *baseados em direitos*, entre outros, são recriados pelos diversos atores sociais, que os utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar da enorme resistência. Humanização é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre um tema delicado que é a violência institucional (DINIZ, 2005).

Adensando ainda mais a reflexão sobre o ideário da humanização do parto, Tornquist (2002) aponta para um retorno a uma vida mais natural, pressupondo que a recusa feita 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.

O Parto e o Nascimento são vistos, tanto pelos defensores do movimento quanto pelos profissionais de saúde, como eventos fisiológicos e naturais sobre os quais a medicina altamente tecnologizada teria agido, transformando aquilo que seria simples e sadio em complexo e patológico. Assim, críticas à excessiva medicalização do parto são moeda corrente na defesa da humanização, e quase sempre convergem para denúncia do abuso de cesáreas e das demais intervenções cirúrgicas no parto com proposições de formas mais naturais de dar à luz (TORNQUIST, 2002).

A valorização da diversidade cultural tem sido a base da busca de uma forma natural de parir dos seres humanos, acentuando, de um lado, os aspectos ritualísticos do parto e, de outro, remetendo à categoria de instinto universal, categoria essa que tem um especial valor dentro do ideário da humanização, o próprio termo reforça uma concepção de ser humano fora da história, liberto da cultura (TORNQUIST, 2002).

As mulheres ao longo dos anos foram expropriadas de seus saberes, dos poderes no campo da parturição – e recuperá-los é uma questão política fundamental. No entanto, cabe ponderar acerca dos limites e dos desdobramentos do discurso da humanização do parto, na medida em que reproduz categorias como as de instinto materno e de natureza, ainda que ressignificadas em novo contexto (TORNQUIST, 2002).

Embora a ‘mulher moderna’ agora vista como sujeito de suas escolhas – inclusive a maternidade – é colocada diante de prescrições ditadas por saberes científicos, que a farão escolher o que é o melhor para o bebê, e de uma celebração do parto ideal, este não raro muito distante do campo de escolha e de possibilidade de boa parte das mulheres que dão à luz (TORNQUIST, 2002).

Em uma pesquisa que analisou o “embate” entre os modelos de assistência obstétricas concorrentes, Mendonça (2015) reflete sobre como o ideário da humanização do parto consubstancia-se em um paradoxo. Ela reflete sobre o discurso das “reais indicações de uma cesárea”, frente ao parto pensado como evento integral e humano e principalmente ao protagonismo e a autonomia da mulher em decidir como terá seus filhos, e questiona a partir da fala do médico, se o que vem sendo defendido pelos humanizados ortodoxos não seria apenas uma sofisticação da tutela promovida pelo saber médico sobre o corpo feminino.

Do mesmo modo, se pensa sobre a postura das ativistas do ideário da humanização. Ao reivindicarem que a escolha pela forma de parto deve ser embasada em informações de qualidade – ou seja, as propagadas pelo movimento pela humanização que indicam claramente o parto normal como mais benéfico na maior parte dos casos – tal colocação das evidências científicas no topo da pirâmide do que deveria orientar a escolha das mulheres pode resultar na desqualificação e moralização, por parte das ativistas, daquelas que consideram outros critérios ao efetuarem sua escolha (MENDONÇA, 2015).

Faz-se necessário ponderações que coloquem em perspectiva os valores e representações que sustentam as iniciativas humanizadoras. Ora, se as mulheres não são vistas como sujeitos, sujeitos estes que advêm de culturas diferentes e que têm emoções e desejos que não são universais nem meramente mensuráveis, as medidas humanizadoras seriam meros procedimentos técnicos, podendo produzir efeitos tão deletérios quanto o tratamento tecnocrático, o qual se pretende combater (TORNQUIST, 2003).

O paradoxo do ideário do parto humanizado consiste, portanto no fato de, de um lado, advogar pelos direitos das mulheres no momento do parto, de outro, parecer alheio às diferenças socioculturais entre estas mulheres. Se as experiências de humanização se concentrarem em aspectos técnicos isolados, desconsiderando a enorme diversidade de contextos, a individualidade de cada mulher, em uma cultura centrada na exigência de uma maternidade como “destino certo” para a mulher e na herança higienista da medicina, podem minimizar ou mascarar o potencial de empoderamento dos grupos de mulheres no que tange à sua saúde reprodutiva e sexualidade (TORNQUIST, 2003).

Direcionando essa reflexão para o parto de adolescentes, evidencia-se a existência de alguns desafios na implementação da humanização do parto, uma pesquisa multicêntrica realizada no sul do Brasil, sobre atenção ao parto de adolescentes observou a necessidade de incentivo aos gestores e trabalhadores a fim de sensibilizá-los quanto aos aspectos positivos de uma assistência humanizada ao parto de adolescentes, ressaltando a urgência de uma mudança na postura dos trabalhadores, e principalmente das relações interpessoais existentes neste contexto (BUSANELLO et al., 2011).

Destaca-se um achado importante sobre a percepção das próprias adolescentes quanto a atenção dispensada a elas no trabalho de parto e parto, em um estudo, realizado no Rio de Janeiro, as adolescentes classificaram sua assistência como boa em ambos momentos, entretanto o mesmo estudo apontou uma assistência repleta de intervenções desnecessárias, esse fato, dentre outras possibilidades, pode advir até mesmo pelo fato de que muitas vezes as

adolescentes não são informadas e esclarecidas sobre o que vem a ser uma assistência humanizada (VARGAS et al., 2013).

3.3 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NA ADOLESCÊNCIA

A saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens envolve educação sexual, anticoncepção/planejamento familiar, atendimento ginecológico, prevenção e tratamento de DST/ AIDS e acompanhamento da gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2010). Embora atualmente se discuta os direitos sexuais e reprodutivos em uma perspectiva ampliada, complexa e em diferentes áreas, é importante resgatar o árduo caminho percorrido até o que se apresenta hoje.

O Brasil é signatário de conferências internacionais que reconhecem os direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes, no entanto, a temática é complexa e contraditória. O próprio conceito de adolescência sendo uma construção social e cultural, varia no tempo histórico ou entre as culturas, e também a partir de fatores, como por exemplo, classe social. Os limites convencionados social e culturalmente para delimitar as fases da vida vão incidir no momento considerado “adequado” para o adolescente receber as informações sobre sexualidade e reprodução, bem como para a anuência ou não da prática sexual (JIMENEZ; ASSIS; NEVES, 2015).

Considerar apenas a categorização etária da adolescência tem gerado polêmicas de cunho jurídico em diferentes áreas. Não obstante, há visões jurídicas diferenciadas sobre a capacidade do adolescente com relação a sua responsabilidade e autonomia quanto a votar, casar-se, relações de trabalho e inimizabilidade perante a lei, o que têm gerado inúmeras interpretações quando se trata do exercício da sua sexualidade (BRASIL, 2002b, 1990, 1988).

A ideia de que os seres humanos têm direitos inalienáveis é antiga, no entanto foi somente após a segunda metade do século XX que os mesmos passaram a ser reafirmados em âmbito internacional (REIS, 2006). A Organização das Nações Unidas (ONU), na década de 1940, realizou diversas conferências em que a relação entre demografia, desenvolvimento e direitos sexuais e reprodutivos estiveram presentes (MORAES; VITALE, 2015).

Em relação aos direitos de crianças e adolescentes, observa-se que o principal marco legal internacional foi a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, realizada pela ONU em 1989. Esta convenção reconheceu crianças e adolescentes como seres em desenvolvimento e sujeitos de direitos, superando a visão de criança e adolescente como objeto passivo de

intervenção da família, sociedade e Estado e introduziu a responsabilidade deste na garantia de direitos deste segmento populacional (BRASIL, 2007).

Já em 1994, com a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, obtiveram-se importantes avanços, pois com esta foi introduzido na normativa internacional o conceito de direitos reprodutivos e os adolescentes foram inseridos como sujeitos destes direitos. Ressalta-se que esta parcela da população, composta por indivíduos de 10 a 19 anos, deve ser alcançada pelas normas, programas e políticas públicas. Com esta conferência nasceu um novo paradigma sobre população, que deslocou a questão demográfica para o âmbito dos direitos reprodutivos. Estabelecendo-se, assim, as bases para um novo modelo de intervenção em saúde reprodutiva, alicerçado em princípios éticos e jurídicos em consonância com os direitos humanos (TAQUETTE, 2013).

A ONU, no Consenso de Montevidéu sobre População e Desenvolvimento, fez uma revisão e avaliação da implementação de seu plano de ação (Cairo + 20), reiterando a ampliando a garantia de direitos dos adolescentes, o documento ressalta a necessidade de programas de saúde sexual e reprodutiva integrais, oportunos e de qualidade, que incluam serviços de saúde sexual e reprodutiva amigáveis, com perspectiva de gênero, direitos humanos, intergeracional e intercultural, e que garantam o acesso a métodos contraceptivos modernos, seguros e eficazes, respeitando o princípio de confidencialidade e privacidade (CEPAL, 2013).

Não obstante, destacar somente a importância dos dispositivos legais e a contribuição destes para endossar a efetivação dos direitos das crianças e adolescentes, com ênfase nos direitos sexuais e reprodutivos, é interessante observar de que modo a figura do adolescente foi aos poucos sendo incluída nos documentos como que em um processo de construção até os dias atuais.

Da invisibilidade de meados de 1950 a 1969, anos em que a pauta dos direitos humanos esteve voltada para outros focos que não a dos direitos sexuais e reprodutivos, sobretudo mantendo a invisibilidade da adolescência como fase própria nas legislações, a adolescência começa a ter enfoque, na década de 1970, no entanto este centrado ainda timidamente em aspectos educacionais, ficando apenas subentendido nos documentos legais, os direitos sexuais e reprodutivos da população adolescente (MORAES; VITALLE, 2015).

A década de 1980 foi de conquistas para o segmento da adolescência, que teve espaço na legislação com nome e suas peculiaridades definidas. Foi um período de preparação para a vinda de políticas públicas mais direcionadas aos ideais de liberdade e autonomia de decisão. Destaca-se o envolvimento de entidades e movimentos sociais nas políticas públicas, por exemplo o Conselho Federal de Medicina que aprovou a resolução 1246/88, garantindo a

qualquer pessoa, inclusive ao menor de idade, o sigilo, a confiabilidade e a privacidade nos atendimentos (MORAES; VITALLE, 2015; CFM, 1988)

Já na década de 1990, o adolescente passa ser visto como sujeito de direitos, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em 1994 e a de 1999, representaram uma mudança no paradigma vigente na época, a visão de adolescência mudou radicalmente sob o olhar da lei. A Doutrina de Proteção Integral tirou a adolescência do campo da situação irregular. No campo dos direitos sexuais e reprodutivos, os avanços alçados abrangeram âmbitos importantes: notificação e mapeamento de óbitos maternos, planejamento familiar com liberdade e garantia de escola como um lócus de educação em sexualidade (MORAES; VITALLE, 2015).

Notadamente, os anos de 2000 a 2010, foram cruciais para garantia jurídica de status de protagonistas para os adolescentes. O “Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal”, em 2004, o Programa “Saúde Integral de Adolescentes e Jovens” em 2005, e o “Marco Legal Saúde: um direito do adolescente” incorporaram perspectivas de direitos sexuais e reprodutivos e educação em sexualidade, estes dentre outros marcos legais corroboram o avanço que ocorreu na década e convergiram para a mudança da visão acerca da adolescência (BRASIL, 2007; MORAES; VITALLE, 2012).

Esse período conseguiu, em termos legais, definir uma linha de atuação com os adolescentes em que seu desenvolvimento integral está centrado no desenvolvimento das habilidades necessárias para alcançar sua autonomia e garantir direitos sexuais e reprodutivos (MORAES; VITALLE, 2015).

O Ministério da Saúde chancela esse progresso com o manual “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde”, ao enfatizar que o trabalho com adolescentes e jovens deve ser realizado em temas estruturantes, de modo que as políticas públicas transversalizem diversas áreas para que se obtenham melhores resultados (BRASIL, 2010).

Os avanços alçados nas políticas públicas voltadas para as questões reprodutivas e a sexualidade dos adolescentes são inquestionáveis. A sociedade, estudiosos, a própria juventude vem se organizando e se apropriando dessas mudanças, entretanto, observa-se uma falta de equivalência ao se tratar desses aspectos, sendo os direitos reprodutivos, alvo de maiores discussões, e a sexualidade, caminhando a passos lentos nesse processo (MORAES; VITALLE, 2015).

Iniciada em 1999, a investigação “Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil” (Pesquisa GRAVAD), foi uma pesquisa constituída

por duas etapas: uma qualitativa, e outra quantitativa, trata-se de um estudo multicêntrico, realizado com 4.634 pessoas, de ambos os sexos, de 18 a 24 anos, com objetivo de investigar comportamentos sexuais e reprodutivos de jovens brasileiros em uma perspectiva biográfica (HEILBORN et al., 2006).

Retomo esse importante estudo pelo escopo e resultados tão relevantes para a análise das trajetórias e reprodutivas dos adolescentes no Brasil. Na obra *O aprendizado da sexualidade: Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros* (HEILBORN et al., 2006), advinda da análise dos achados da Pesquisa GRAVAD, é possível observar como a gravidez na adolescência “problema social” é relativizada, e então abordada sob a égide de uma complexificação da visão social do comportamento sexual, e reprodutivo da juventude (DUARTE, 2006).

A obra acima proporciona uma releitura de temas considerados “íntimos”, ou considerados “reservados”, Duarte (2006) afirma que pesquisas como essas, impõem a superação do que ele denomina “prurido moralista” que impede que os gestores públicos adotem uma perspectiva ampla para discussões de temas como a sexualidade ou correlatos, e não se limitem a atuações isoladas e/ou desconexas da realidade social.

Melo (2010) considera que falar de direito, sexualidade e infância/adolescência em uma perspectiva emancipatória é tarefa no mínimo “espinhosa”, seja pelas reações que o tema suscita, seja pelas poucas reflexões teóricas. Mesmo as questões e discussões referentes a sexualidade e reprodução tendo atravessado todo o século XX, com seus marcos internacionais e nacionais tão importantes, tratar sobre o assunto especialmente com o segmento adolescente ainda gera tensões.

É um desafio a presença de diferentes paradigmas que legitimam o acesso à saúde sexual e reprodutiva de crianças e adolescentes, fazendo com que tais concepções se reflitam no dia a dia de profissionais e gestores, sobretudo em se tratando de gravidez na adolescência, abordada ainda com o predomínio de uma visão biologicista, prescritiva e hierarquicamente normativa.

Contraopondo-se a essa visão, um enfoque socioconstrutivista da sexualidade e reprodução na adolescência alicerçado nas ciências sociais, nos estudos de gênero e sexualidade, possibilita uma reflexão sobre a subjetividade dos atores sociais envolvidos, sobre as relações sociais, de modo a não considerar a gravidez somente sobre o viés de implicações demográficas e epidemiológicas, e sim como um emaranhado de símbolos e significados referentes à sexualidade, maternidade, relações sociais, identidade de gênero (STERN; GARCIA, 1999).

É possível observar que no âmbito legislativo houve um avanço notável no que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, no entanto esse se faz de forma tímida nas práticas vigentes. Este fato remete a necessidade de não somente alinharem-se dispositivos legais que legitimem esses direitos, mas também do quão estão imbricados fatores éticos e políticos para efetivação destes (OLIVEIRA, 2011).

A adolescência caracteriza-se por diversas transições, sendo a passagem à sexualidade com parceiro a de maior repercussão. Para Heilborn (2012), imergir na temática da sexualidade na adolescência deve extrapolar a simples orientação de como se dá o amadurecimento sexual orgânico, e buscar refletir sobre as relações de gênero, sobre a vontade/desejo de relacionar-se com outrem, a capacidade de repensar sobre convenções, de modo a proteger-se tanto de uma possível infecção sexualmente transmissível (IST), como de uma eventual gravidez.

Os direitos sexuais e reprodutivos devem ser tratados “no sentido libertário e igualitário, e não no sentido prescritivo de constituição de um modelo e regras para o exercício da sexualidade e da vida reprodutiva” (ÁVILA, 2003, p. 466). Ainda persiste um ideário sobre sexualidade adolescente, no qual ao abordá-la remete-se a prevenção de Infecção Sexualmente Transmissível, e da gravidez, o que denota um controle repressivo sobre os corpos, incidindo de forma diferente em relação a meninos e meninas, a gravidez nesse contexto de vinculação entre sexualidade e reprodução vem envelopada como um “problema” e “de meninas” (LEITE, 2012).

Apesar de muitas conquistas, há muitos desafios a serem enfrentados, a própria tensão entre autonomia e tutela, na qual a saúde e a educação, por exemplo, insistem em reforçar o discurso da irresponsabilidade e desorientação dos adolescentes, tentando justificar a necessidade de uma postura tutelar com os mesmos. Embora acionado o discurso de adolescentes como sujeito de direitos, de forma dissidente questionam a real capacidade de resposta deles aos efeitos desta autonomia (LEITE, 2012).

É de suma importância pensar nas diversas nuances que se apresentam quando se reflete sobre esses direitos. Pensar, por exemplo, na gravidez na adolescência como um projeto de vida para alguns adolescentes, desconstruir o discurso negativo construído no entorno dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes. Heilborn (2006) explica que a ausência de projetos de vida de médio prazo, vinculada à falta de qualquer perspectiva escolar ou profissional por parte das adolescentes, pode convergir para uma gravidez e/ou uma maternidade não percebidas como perturbação da história de vida.

Observamos nas formulações oficiais a preponderância de um conceito de gravidez na adolescência como não desejada, não planejada, que decorre do não conhecimento de métodos

contraceptivos, advinda de uma inadequação familiar, que acarreta danos à adolescente, à família, companheiro e sociedade (KATZ, 1999); não obstante apresenta-se ainda a estratégia de alguma políticas públicas de se ancorarem no princípio da responsabilização individual para coibir práticas inconvenientes (no caso, a gravidez na adolescência), tal estratégia é considerada inocente, artificial e inócua (DUARTE, 2006).

“Decisões individuais” estão inseridas em amplos contextos de determinações, de maneira que informações e esclarecimentos, que são imprescindíveis, não podem desconsiderar a participação dos atores envolvidos, no entanto também não se pode reduzir a um processo de estimular a consciência em relação a alguns comportamentos e sim, encorajar uma reflexividade geral, numa postura cidadã e crítica. A alusão à evasão escolar como consequência da gravidez na adolescência é um exemplo de como análises isoladas são superficiais e não contemplam a compreensão do contexto nos quais os atores estão inseridos. A pesquisa GRAVAD verificou que pais e mães já não se encontravam na escola no momento da gravidez (DUARTE, 2006; HEILBRON et al., 2006).

Estudos sobre sexualidade e reprodução na adolescência avultam diálogos entre as diversas áreas do saber que se proporem a compreender melhor as nuances que se apresentam ao engendram nesse contexto, sobretudo aos que investem em trabalhar uma abordagem positiva da sexualidade nessa fase. Embora vultosos, nem todos se delineiam sobre o cenário em que desenrolam as questões relativas à sexualidade desses jovens.

A sexualidade se apresenta como umas áreas mais profícuas para investigar as relações de modernização e lógicas tradicionais, tanto no campo da prática quanto no de valores. É imprescindível para a melhor compreensão das questões inerentes a sexualidade, deslocá-la da visão universal de domínio natural, e translocá-la para uma análise com influências específicas como idade de iniciação sexual, número de parceiros, gênero, pertencimento religioso (HEILBORN; CABRAL; BOZON, 2006).

Todos esses aspectos se combinarão, modelando as trajetórias afetivas e sexuais dos adolescentes, seu “eu” juntamente com o contexto social em que vivem se consolidarão convergindo para a formação de seus valores frente à sexualidade e reprodução. Assim, o que se observa é uma gravidez, vivida de múltiplas formas e com contextos sociais definindo universos de possibilidades e de significações diferentes entre os adolescentes de distintas classes sociais e contextos (AQUINO et al., 2003).

Questões como as relacionadas, por exemplo, ao modo como as relações desiguais de gênero influenciam a trajetória sexual e reprodutiva dos adolescentes, sobretudo “das” adolescentes, são importantes gatilhos para discussões nas diversas esferas, de saúde, educação,

familiar para engendrar um movimento de mudança na assimetria das relações, na perspectiva de desconstruir o paradigma ainda vigente de desigualdade de gênero (FERRARI; PERES; NASCIMENTO, 2018).

Empoderar os adolescentes enquanto sujeito de direitos permite que esses vivenciem sua sexualidade se forma autônoma e prazerosa e ainda com competência para buscar proteção contra o que lhe convir. A realidade atual aponta para a necessidade de ressaltar os fatores de risco, entretanto que não sejam o âmago do discurso, e sim primar por uma agenda positiva dos direitos dos adolescentes creditando a eles uma visão mais emancipatória, sob um ideário de direitos (LEITE, 2012).

Embora a literatura aponte que o espaço dos serviços de saúde não é o local de escolha dos adolescentes para buscar e obter informações sobre saúde, por diversos motivos (OLIVEIRA; LYRA, 2010) estes, aliados à família, à escola e a diversas instituições ligadas ao campo são essenciais para alcançar maiores esforços e atenção para a implementação de políticas públicas e programas eficazes para a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. É necessário um debate aprofundado, entre diversos segmentos sociais, incluindo os próprios adolescentes como protagonistas na busca de conquista de autonomia e abordagem positiva frente à sua reprodução e sexualidade (FERRARI; PERES; NASCIMENTO, 2018).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O processo de feitura desta pesquisa foi de construção e desconstrução, um intenso ir e vir, mudanças internas, transformações. Ouso dizer que existiu uma Lívia anterior a essa pesquisa, e uma Lívia que virá a ser. Isso se dá em grande parte, pelas questões elencadas no capítulo anterior, certamente que a realização de um doutoramento é uma etapa importante e de grande repercussão na vida de quem o pretende, mas para alguns, além de realização, se apresentam alguns desafios que o tornam bem singular.

Assim, imaginar-me enveredar por outros campos do saber para desvendar novas formas de pensar algumas questões que me inquietavam, era algo distante. Neste capítulo, pretendo discorrer sobre o percurso trilhado, desde a entrada no campo até o processo de escrita final, desde aquela tarde ensolarada, quente, que foi o primeiro dia em campo, até hoje, dias incertos, e nebulosos, nos quais escrevo essas linhas.

4.1 A ETNOGRAFIA

Foi pensando na realização de uma análise pautada no campo antropológico, na intencionalidade de compreender de maneira mais aprofundada o universo cultural que permeia o parto na adolescência, as relações, interações e as subjetividades desse evento, que se optou pelo método etnográfico.

Angrosino (2009, p.30) define etnografia como “a arte e a ciência de descrever um grupo humano – suas instituições, seus comportamentos interpessoais, suas produções materiais e suas crenças”. A partir do ponto de vista dos informantes, busca-se compreender por meio de um processo sistemático de observar, detalhar, descrever, documentar e analisar os estilos de vida ou padrões particulares de uma cultura, a fim de compreender o modo de viver deles (MONTICELLI, 2003). Assim, como defende Nakamura (2009), seguindo a orientação de Geertz (2008), a tarefa etnográfica pode ser definida como a capacidade de realizar uma descrição densa.

A tarefa do etnógrafo não se restringe às atividades do trabalho de campo – entrevistar informantes, observar rituais ou o dia a dia de certos grupos sociais, apreender a linguagem, os termos mais utilizados, localizar e representar graficamente o grupo estudado, as casas, escrever o diário de campo, etc. Pressupõe, também a capacidade de o pesquisador realizar uma ‘descrição densa’, no sentido de que os dados não são apenas apreendidos, mas devem

ser interpretados para que seus vários significados possam ser revelados (NAKAMURA, 2009, p. 11).

Ainda sobre a descrição densa, conceito central da leitura etnográfica proposta por Geertz (2008), e a que me propus utilizar, tem-se a compreensão da lógica e da articulação de formas culturais, não se tratando de uma simples descrição superficial (observação e descrição de códigos). Entendendo que o agente da cultura, neste caso, meus interlocutores, realizam a interpretação de primeira mão, o texto etnográfico se traduz por interpretações de segunda e terceira mão, sendo o meu papel o de estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever, elaborar textos, mapear campos e manter um diário (GOMES, 2014).

A etnografia considerada como um processo permeado de sensibilidade reflexiva, toma em conta a própria experiência no campo junto às pessoas com as quais o antropólogo trabalha, refutando, assim, a visão de constituir-se puramente um método (GEERTZ, 2008). Nessa relação, entre pesquisador e nativo, seus horizontes semânticos, que antes poderiam ser conflitantes, abrem-se um ao outro no que Cardoso de Oliveira (2000, p.24) chama de encontro etnográfico.

Pensando a etnografia como um diálogo entre as interpretações do etnógrafo e das pessoas estudadas, abandona-se a objetividade do pesquisador e investe-se em um modelo dialógico com negociação dos significados das experiências dos sujeitos do campo, de modo que os resultados nunca são definitivos (CLIFFORD; MARCUS, 1986).

Seguindo esse modelo, Rosaldo (1993), traz um conceito, ao qual denomina, *sujeito posicionado*, neste o pesquisador explora os sujeitos a partir de uma posição, nessa proposta, observa-se que mesmo tendo iniciado a pesquisa com uma série de perguntas, estas se modificam no decorrer da pesquisa, ele resume esse movimento como *sujeito que se reposiciona*.

O conceito de posição se refere a como a experiência da vida do pesquisador pode facilitar ou inibir o estudo de tipos particulares de problemas, assim como sua idade, sexo, etc. Estando a cultura vinculada com o poder, para além da posição que o pesquisador ocupa diante de suas perguntas, ele ainda teria de se questionar, no início de seu trabalho, sobre a própria posição social que ocupa e a dos entrevistados (CAPRARA; LANDIM, 2008).

Este estudo foi ancorado na antropologia interpretativa de Geertz (2008), acionando um diálogo entre as ciências sociais, com ênfase na antropologia e a área da saúde. A escolha da antropologia como área do conhecimento aventada para esse estudo propiciou melhor compreensão das regras, culturas, dos elementos importantes da assistência ao parto de

adolescentes, interpretação das concepções das meninas sobre esse momento, compreensão das interações entre elas e os diversos atores presentes no parto.

Na etnografia de Sara Mendonça (2018), ela foi questionada pelas enfermeiras da maternidade na qual realizou sua pesquisa se ela também o era...para elas fazia mais sentido que Sara fosse uma enfermeira pesquisadora do que antropóloga, por mais que ela tivesse explicitado a pesquisa, as enfermeiras tinham dificuldade em percebê-la em uma outra posição... enxerguei-me em uma posição muito semelhante à de Sara, assim aciono esse exemplo, para contar meu relato no exercício duplo dos papéis de enfermeira-pesquisadora, pesquisadora-enfermeira galgando passos rumo à construção de uma etnografia.

Esse talvez tenha sido um dos grandes desafios que enfrentei na vida acadêmica, que reverberou também na minha vida pessoal. Etnografia, era uma realidade distante, assim, acho pertinente trazer para essas linhas um pouco da experiência ímpar que foi e que tem sido pra mim. Minha inserção nesse fazer etnográfico, não se deu de forma tranquila, ao contrário, foi uma investidura tempestuosa, a começar pelo fato de não ter experiência em pesquisas nas ciências sociais, nem familiaridade, ou *background* para empreender nesse universo, o que, no entanto, entanto talvez tenha sido a mola propulsora para que eu seguisse adiante.

Em meados de 1980, antropólogas e ativistas iniciaram estudos acerca do parto (DAVIS-FLOYD; SARGENT, 1997; KITZINGER, 1996), no Brasil, após a realização da pesquisa precursora de Tania Salem em 1980, mas que só fora publicada em 2007, estudos etnográficos sobre o parto tiveram grande impulsionamento, com pesquisadoras como Tornquist (2004), Souza (2005), Fleischer (2010), Hirsch (2015), Carneiro (2015), Rodrigues (2015). Muller, Rodrigues e Pimentel (2015) argumentarem que o parto ainda constitui tabu nas agendas de diversas áreas e campos do saber,

A despeito do desenvolvimento do debate sobre saúde reprodutiva, iniciado na década de 1980, que inaugurou a politização do corpo e do privado, pouca atenção foi dada ao parto como importante fonte de reprodução de desigualdades, poder e dominação sobre o corpo das mulheres – inclusive pelo uso exacerbado de tecnologia, que corrobora e reforça o estereótipo da domesticação da “natureza caótica” das mulheres. Ou seja, a noção da mulher ligada à natureza, a ideia de natureza como elemento a ser dominado e a marca do lugar doméstico feminino. Se a ideia era recusar a definição de corpo da mulher pautada pela medicina e introduzir questões subjetivas que incluíssem a sexualidade, o amor e os saberes da mulher sobre o seu ciclo reprodutivo para que assim pudessem alcançar um autodomínio e uma autonomia, parece que isto passava exclusivamente pela negação da maternidade, através da contracepção e do aborto. (MULLER; RODRIGUES; PIMENTEL, 2015, p.283)

Sobretudo no campo da pesquisa antropológica, observa-se que a configuração do parto como temática é um caminho a ser percorrido e ampliado (CARNEIRO, 2014). Quando afunilamos essa temática para grupos específicos, observa-se que existe uma demanda importante de agenda a ser estudada e discutida.

Optar por trabalhar com parto na adolescência decorre da minha experiência como enfermeira obstetra. Por muitas vezes assisti meninas das mais diversas idades em trabalho de parto, mas na época ainda tinha uma visão muito limitada sobre a gravidez, o parto e a maternidade das meninas.

Essa retrospectiva é necessária porque fui exposta a uma série de questionamentos, leituras, proposições que me levaram a refletir, e enveredar nesse objeto com outro pano de fundo. Uma transformação teve início nesse momento. Despi-me de conceitos biologicistas, de uma visão positivista a qual sempre havia sido exposta até então, e passei a refletir sobre outro prisma, o das ciências sociais. Trazendo isso agora, parece ter sido uma tarefa fácil, mas... definitivamente, não foi.

Transcorrido o delineamento do objeto, precisava pensar no como, que caminho deveria seguir em busca das minhas respostas, encontrei a etnografia como o método que possibilitaria compreender meu objeto de pesquisa. Conviver, novamente com as meninas, agora de outro lugar, me possibilitaria a construção de um saber reflexivo, que somente esse “estar” com elas permitiria.

Logo que se deram essas definições, optei por um cenário já conhecido por mim, meu cenário de pesquisa fora uma Maternidade na qual havia trabalhado por um longo período como enfermeira assistencial, e para onde estaria retornando como pesquisadora. Essa escolha não foi ingênua, considerando a minha aproximação anterior com esse campo, esperava-se que esse fator convergisse para uma experiência de pesquisa bem mais rica e com acesso mais facilitado ao setting de observação.

Quando escolhi essa Maternidade como local para pesquisa, estava diante de um “impasse”. Precisaria introjetar uma mudança de perspectiva, precisaria estranhar o que para mim era bastante familiar, e ainda considerar que, mesmo que eu julgasse ser aquele ambiente familiar, não necessariamente ele seria conhecido, como referem DaMatta (1978) e Velho (1987).

Eu me senti segura na entrada em campo, no tocante a minha aceitabilidade em estar lá, mas quanto a esse meu novo lugar, julguei que teria dificuldades e isso se confirmou. Embora a equipe me conhecesse e eu tivesse passado por todos os trâmites institucionais para aprovação

da realização da pesquisa, eu observei que ainda assim viveria um processo que determinaria o sucesso ou não da minha presença no campo.

Por mais que alguns desses aspectos tenham ocorrido de forma tranquila, no meu íntimo sentia insegurança e receio de que qualquer comportamento meu ali gerasse um cerceamento por parte dos profissionais. A exemplo do que aconteceu com Mendonça (2018), na sua pesquisa também em uma maternidade, que sentiu tensões quanto ao fato de ser uma antropóloga e aquele universo ser um tanto desconhecido para ela, no meu caso, ainda que “conhecido”, esse encontro interdisciplinar se apresentou repleto de pormenores que foram sendo trabalhados durante toda minha estadia em campo.

Clifford (2003) considera necessário que o pesquisador viva e permaneça na comunidade tempo suficiente para o desenvolvimento do seu trabalho. Minha permanência em campo se deu por oitenta e sete dias. Inicialmente estimei um período de permanência em campo mais longo. Em muitos trabalhos etnográficos, especialmente em áreas ou cenários não conhecidos pelo pesquisador, logo da elaboração de um projeto, destina-se um tempo para conhecer o local, as pessoas, as rotinas..., os pesquisadores já demarcam um período considerando todos esses aspectos.

No meu caso, que já conhecia o cenário do estudo, as rotinas da maternidade, grande parte da equipe de profissionais, ainda se fez necessário estimar um tempo maior, no entanto o fiz não para o reconhecimento do campo e sim pelo ineditismo em trabalhar com a técnica. Sopesando todas essas questões e principalmente os objetivos do estudo, aventei um período de tempo maior, mas que foi interrompido intempestivamente pela instituição de calamidade pública devido a pandemia da COVID-19¹⁰, ainda que esse tempo me tenha sido abreviado, considero que tenha sido o suficiente.

Estimei um tempo mais longo para o meu “trabalho de parto/parto”, mas diante da imprevisibilidade, da ausência de uma receita única a seguir, e principalmente pelo fato de que a necessidade de imersão sobre o terreno de investigação é uma decisão que cada pesquisador toma em função das suas ideias, de seu objeto, considero que este período, mesmo que não idealizado, foi o ideal para a pesquisa, principalmente devido a intensidade e a consistência de minhas interações com meus informantes (TRAD, 2012).

¹⁰ No dia 16 de março de 2020, o Governo Estadual do Piauí instituiu decreto de isolamento social, e suspensão de atividades em vários setores considerados não essenciais, em decorrência da situação de calamidade pública que se instalava devido à COVID-19, ainda que a Maternidade, cenário desse estudo, seja um serviço essencial, não estava autorizada livre circulação de pessoas que não os trabalhadores de saúde.

Havia estipulado um tempo diário para estar em campo, organizado minha permanência por meio de um cronograma, no qual intercalaria minha estada lá em semanas e finais de semana, com uma permanência mínima diária de 6 horas. Mas toda essa estimativa foi alterada, assim que iniciei o trabalho de campo, especialmente pela imprevisibilidade da duração do trabalho de parto das meninas, e também pelo fato de que o campo ia exigindo minha presença e moldando os horários a despeito de minha programação.

Raras vezes permaneci seis horas como antes havia pensado, esse tempo sempre se estendia, logo que conhecia uma adolescente, e que a mesma concordava em participar da pesquisa, optava por acompanhar todo o processo de trabalho de parto. Ocorria também que, por vezes adentrava no serviço noturno, e quando uma menina era admitida, eu permanecia ali ao lado, mas pelo estender do horário, tendo estado já a tarde inteira, o cansaço e a logística de retorno para casa me impediam de ficar.

Em relação ao cronograma, intercalar dias na semana e finais de semana, foi outro planejamento que não se efetivou, logo que iniciei o campo, observei que o máximo de vezes que eu pudesse estar lá seria melhor para a pesquisa, especialmente por não haver um indicador de quais os dias mais prováveis de admissão de adolescentes em trabalho de parto, as internações ocorriam em quaisquer dias da semana e horários, visto isso, optei por estar presente todos os dias.

Para otimizar meu cronograma lancei mão de uma estratégia importante, ainda que tivesse percebido que quanto mais dias e tempo dispensados ao campo, fosse melhor para a pesquisa, alguns empecilhos se apresentavam, como distância da Maternidade, dificuldades quanto ao transporte e quanto ao revezamento dos horários de trabalho, solicitei aos *colegas* que sempre que possível, quando da admissão de uma adolescente, me contactassem por ligação ou mensagens.

Esses acordos com a equipe foram muito produtivos, para além da efetividade dessa estratégia, senti-me acolhida, elas mesmas sugeriram essa ideia quando lá no início, nos primeiros dias em campo, embora eu estivesse na maternidade diariamente, mas em vários dias sem admissão de nenhuma adolescente em trabalho de parto. Mesmo elas tendo se disponibilizado a me contactar, eu optei por enviar mensagens via *WhatsApp*, entendendo que os plantões poderiam estar lotados, elas estarem sobrecarregadas e eu demandar mais uma atividade que seria esse contato. Fato é que funcionou bem, e ajudou sobremaneira na pesquisa.

Considerando as perguntas de pesquisa e objetivos a serem alcançados, as técnicas utilizadas para a coleta dos dados foram a observação participante e a entrevista, sendo a segunda, complementar à primeira. A observação participante baseia-se em três premissas:

preparação teórica, relativização das hipóteses diante das evidências no campo e integração do pesquisador no campo (MINAYO, 2010).

A principal estratégia metodológica utilizada foi a observação participante, que prescinde a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica, eu estava lá, observando, face a face com os observados, no contexto deles, mas também sendo parte do contexto sob observação, modificando e sendo modificada neste (MINAYO, 2010; BECKER, 1993).

Foi por meio da observação participante que pude me aproximar dos fenômenos sociais, “os imponderáveis da vida real”, que constituem a verdadeira substância do tecido social, fenômenos esses que não são compreendidos por meio de questionários, mas que demandam vivência próxima e contínua (MALINOSKI, 1991). Clifford (2002) define a observação participante como dialética entre experiência e interpretação, para ele a observação participante é uma fórmula paradoxal e enganosa, mas pode ser considerada seriamente se reformulada em termos hermenêuticos, como uma dialética entre experiência e interpretação” (CLIFFORD, 2002, p.33).

Para o registro da observação participante foi construído um diário de campo para registrar os dados da pesquisa, entre eles, a descrição dos participantes, as falas e ações desenvolvidas, a descrição dos locais, além de toda informação, característica, fenômeno ou evento que tivesse algum significado explícito ou implícito relacionado ao objeto de pesquisa, bem como as minhas ponderações e insights.

O diário de campo tem a função de registrar, de modo fiel e detalhado, cada ida ao campo: "muitas vezes são as informações do diário de campo que nos dão subsídios para analisar os dados coletados de outra forma. Deve-se manter a lógica de um diário de viagem, no qual se escreve todo dia sem restrições" (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2001). E isso fiz bastante, tomava nota de tudo, inicialmente pensava que somente alguns pontos eram dignos de nota, talvez pela inexperiência com o método; mas essa mesma inexperiência também me motivou a tomar nota de absolutamente tudo ou pelo menos tentar.

Grossi (1992) sugere que ao construirmos um diário de campo, o façamos em duas partes: uma com a escrita de dados mais descritivos da observação, e outra para o registro mais conectado com a subjetividade do pesquisador que merece ser, também, analisada. Eu tecia notas sobre as minhas impressões, sobre os meus pensamentos mais íntimos diante das cenas que observava, e esses registros foram sobremaneira relevantes para minha análise e compreensão das cenas.

Essa minha sede de registro talvez tenha se dado porque considerando o enunciado por Malinowski (1991, p.57), “certas peculiaridades sutis, que causam impressão enquanto são novidades, deixam de ser notadas logo que se tornam familiares”, em meu caso, eu trazia comigo uma ideia de que tudo ali não me era novidade, compreendendo que precisava fazer esse exercício de estranhamento, julguei que tudo merecia registro, do mais geral aos mínimos detalhes, nada poderia me escapar.

Não desapegava da minha prancheta, ela foi minha companheira inseparável por um bom período, usava-a para apoiar minhas notas para o diário de campo, éramos tão inseparáveis, que chamava a atenção, despertava curiosidade nas pessoas ali presentes, *o que tanto ela escreve?* Foi uma dificuldade seguir o que sugere Malinowski (1991), deixar o caderno de campo de lado se integrar aos acontecimentos presentes. Em certa medida o fiz, não deixei de me integrar aos momentos, ainda que com a prancheta na mão. Não demorou muito tive que deixá-la *nos bastidores*, fui aprendendo e utilizando estratégias para tomar notas sem chamar tanta atenção.

Complementarmente à observação participante, foram realizadas entrevistas com as meninas e com os (as) acompanhantes. Com os profissionais, prossegui com o registro, por meio das notas, de conversas informais, impressões, trechos de falas. As entrevistas possibilitam o acesso aos sentidos e significados sobre os eventos, do ponto de vista do nativo (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000). Com as meninas, isso se verificou bem, com os acompanhantes foi possível realizar algumas entrevistas, não na sua totalidade, especialmente tendo em vista que nem todos puderam acompanhar suas meninas.

A priori seriam realizadas entrevistas com os profissionais da equipe de saúde que assistem ao parto das adolescentes, o que contribuiria sobremaneira para compreendermos as interações entre eles e as meninas, refletirmos sobre as práticas realizadas e observadas, sob a ótica dos próprios, no entanto não foi possível realizá-las porque havia realizado um planejamento, e neste as entrevistas com os profissionais seriam após finalização do campo junto às meninas. Pela interrupção intempestiva ocasionada pela pandemia da COVID-19, não foi possível. No entanto, em que pese a ausência das entrevistas com os profissionais, as interações entre mim e os mesmos, as cenas, as conversas informais minoraram os prejuízos da ausência de tais entrevistas, não impactando negativamente nos resultados.

Para a realização das entrevistas foram utilizados roteiros, tanto para as meninas quanto para os acompanhantes. Foram colhidas informações sociodemográficas, algumas informações referentes a antecedentes obstétricos no caso das meninas, e registrados nas notas do diário. Os roteiros das entrevistas foram estruturados minimamente de forma a incentivar a fala das

meninas e acompanhantes da forma mais livre possível, o intuito dos roteiros não foi prender os interlocutores, e sim constituir-se instrumentos de mediação (DESLANDES, 2007).

Ao passo que não constituíram roteiros rígidos, pelo contrário, eram bastante abrangentes e permitiam que os interlocutores divagassem por diversos caminhos, muitas vezes cheguei a pensar que talvez um roteiro mais pragmático e direcionado talvez tivesse ajudado mais, no caso das meninas. Esse pensamento veio forte em mim quando iniciei o campo, e nas primeiras entrevistas vivenciei algumas dificuldades de condução. Bem, claro que jamais seria possível um roteiro rígido e dirigido considerando meu objeto de pesquisa, isso é fato, só destaquei esse ponto devido a essa dificuldade inicial, que é digna de nota porque, naquele momento eu impunha à minha inexperiência inicial com o método, mas em seguida comecei a observar que conduzir uma conversa com as meninas, talvez não fosse tal qual conduzir uma entrevista com uma mulher adulta, enfim, esses movimentos me provocaram durante toda a pesquisa, e foram de suma importância para meu amadurecimento com o método e como pesquisadora.

Reunidas todas as notas, os rascunhos, rabiscos, todo o material registrado de minhas idas a campo, minhas impressões, alguns desabafos, parti para (re) organização de todo o material, ainda que concomitantemente viesse o organizando e o revisitando, para iniciar a segunda etapa, trabalhar, “estando aqui”, conforme Geertz (2008), no meu gabinete, no meu mundo, esse trabalho se deu de forma mais pragmática.

As entrevistas, as ouvi exaustivamente, as transcrevi, e sempre ao retrocedê-las, era como se estivesse rebobinando fitas das cenas que vivenciei no campo, ao escutá-las, pude reviver muitas emoções, assim também aconteceu com os diários de campo, essa dinâmica de já afastada do campo, revivê-lo por meio dos meus registros, foi um dos pontos altos no meu papel de pesquisadora.

4.2 MEUS INTERLOCUTORES

4.2.1 Meus colegas

Não somente interlocutoras, mas as protagonistas dessa pesquisa foram as adolescentes, os (as) acompanhantes e os profissionais da equipe de saúde, que considerando nossas vivências pregressas, chamarei de colegas. Foi com esses três grupos que interagi, aprendi e convivi esse tempo de trabalho de campo, com eles conversei, silencieei, observei.

Início discorrendo sobre os meus colegas. Ainda que não tenha conseguido efetivar as entrevistas com eles, conforme no início houvera planejado, não haveria como viver uma cena de parto e obscurecer a presença deles. Em absolutamente todos os momentos, a presença, as práticas, as interações deles com as meninas, com acompanhantes, entre si, comigo, nuançaram os *settings* de parto. Eram praticamente todos conhecidos meus, a exceção de uma enfermeira recém-admitida, todos os outros eram meus conhecidos da época em que trabalhei na Maternidade.

Não cabe aqui montar um perfil de cada profissional, não seria necessário, mas sim, pontuar que eles estavam em sua maioria lá, tal qual, eu havia deixado há alguns anos quando me afastei da Maternidade. Sempre tive uma relação muito próxima com todos, independentemente da função que exerciam, ainda que não seja também o cerne desse tópico falar sobre nossas relações, assim o coloco para me posicionar dentro dessa descrição.

As técnicas de Enfermagem, a maioria plantonistas¹¹, atuavam na Maternidade já há alguns anos, não havia nenhuma técnica recém-contratada, a maioria com certo tempo de serviço, casadas, e com filhos, por mais que não seja foco da pesquisa, destaco que entre as que já tem filhos (as) adolescentes, nenhuma vivenciou uma gestação na adolescência entre seus filhos.

Os enfermeiros, convivi com menos que lá havia e que conhecia, pelo fato dos que atendem durante o serviço diurno serem diaristas¹², então eram os mesmos durante a semana. Um enfermeiro e duas enfermeiras. Ele casado, sem filhos. Elas solteiras, sem filhos. A enfermeira plantonista com quem mais estive nesses dias em campo, foi uma colega, bem próxima de mim, divorciada, com dois filhos, ambos universitários.

Os e as obstetras eram os mesmos de quando atuava lá, eram quase que em número paritário, e por serem plantonistas, os dias em campo eram quase sempre com obstetras diferentes, o que só não ocorria porque alguns médicos optavam por trocas de turno de trabalho, o que levou-nos a maior quantidade de plantões juntos. Na realidade deles, também não havia histórico de gravidez na adolescência, nem em seus precedentes, tampouco com seus filhos.

Seria mais pessoal e detalhista se houvesse realizado as entrevistas com meus colegas, até mesmo a minha análise exigiria isso, mas sempre que lhes trouxer no texto, nas minhas notas de campo, sempre que eles se fizerem presentes, e garanto eles estão do começo ao fim, procurarei apresentá-los de forma mais pessoal.

¹¹ Regime de trabalho com carga horária diária de 12h seguidas, e folgas de 36h, durante a semana e finais de semana.

¹² Regime de trabalho com carga horária diária de 6h seguidas, de segunda a sexta, com folgas aos finais de semana.

4.2.2 As meninas

Nessa seção busco apresentar as minhas interlocutoras, as quais denominei de *meninas*. Confesso que chamá-las assim, emergiu intuitivamente durante a escrita. Outrora, em campo, ao reportá-las a outrem, chamava-as adolescentes, bem como no momento de explicar e solicitar consentimento para a pesquisa. Mas, estando aqui, escrevendo, não me via chamando-as por outro nome, senão *meninas*. Nada é por acaso, existe sempre uma intencionalidade, um porquê.

Denominá-las meninas, poderia confundir, não somente o leitor, mas a mim mesma, caso o fizesse, sem essa reflexão, digo isso porque em nossa sociedade usa-se, às vezes, esse termo para demarcar uma posição hierárquica nas relações com base na idade, a menina, criança *versus* mulher, adulta, justamente as dicotomias que proponho refletir. Mas a minha dúvida assentou entre chamá-las meninas... adolescentes...mulheres? Talvez. Não era objetivo meu, classificá-las, ordená-las, mas optei por meninas, por quê?

Pareceu-me o uso do termo “adolescentes” de uma imparcialidade, que nada se assemelhava com a minha relação com minhas interlocutoras, então além de assumir a afetuosidade em minha fala, observo que existe uma razão embasada inclusive na semântica da palavra. Não haveria de ser diferente. Senti-me muito à vontade com elas, embora com algumas tenha levado um tempo a mais para surgir um vínculo, e com outras tenha sido risos fáceis, dores compartilhadas, empatia imediata. O fato é que estar com elas, acompanhá-las e de certo modo, vivenciar com elas a experiência de trabalho de parto/parto, e ainda as ouvir, seus contextos de vida, suas *experiências*, foi de uma importância imensurável, elas não foram apenas adolescentes, foram as meninas.

Ao tempo que as apresentarei, trarei, não somente um perfil delas, mas um retrato de nosso primeiro contato, e um pouco sobre os acompanhantes. Não consegui, por percalços da própria pesquisa, me aproximar de todos os acompanhantes da mesma maneira, alguns interagiram mais, outros nem tanto. Às vezes quando estava começando a dialogar com um, em seguida já era outra pessoa, mas de alguma forma, resgatarei alguns traços, características, momentos que possibilitaram conhecê-los.

Tentei trazer o pouco das meninas, alguns traços, algumas características, mas nada perto de um *profile*, alguns dados, os trouxe não na perspectiva de classificação, porque permitem analisar com mais afinco alguns aspectos em relação à gravidez/parto. Martins (2012) destaca que a gravidez na adolescência não se dá de forma homogênea dentro do grupo, entre as meninas, varia de acordo com sua classe social e cor da pele, e a maneira como é vista/vivida também sofre influência desses fatores.

Por isso considerei importante trazer, por exemplo, a questão da cor da pele, porém ressalto que utilizei para coletar esse dado, a classificação do IBGE¹³, que pouco problematizadora, não envolve identidades, pertencimentos, não sendo, portanto, a ideal, mas a autodeclaração baseada nessa classificação foi a que julguei viável, para os objetivos do trabalho. Estudos apontam que uma diferença no padrão de cuidado prestado possa estar relacionada à ocorrência de discriminação pelo recorte de raça/cor (LEAL et al., 2017). O mesmo sobre a escolaridade, existe uma relação importante entre os estudos, quer seja na permanência ou evasão, e a gravidez na adolescência, por isso não poderia deixar de levantar esse dado, e aprofundar-me nessa discussão a posteriori. Todos os nomes a seguir são fictícios em atenção aos preceitos éticos da Resolução nº 510 de 2016 (BRASIL, 2016b).

- Letícia

Parda, 17 anos, católica. Natural e procedente de Porto-PI, em sua primeira gestação. Vive em união estável, estava cursando ensino médio. Teve parto cesariana. Foi a primeira adolescente que entrevistei, *quanta tensão!* Mas, Letícia em nada parecia tensa, ao contrário, apenas tímida... conseguimos interagir, trocamos poucos olhares, ela manteve o olhar em sua bebê. A ajudei a colocar a sua bebê para mamar, *quebrei o gelo*, mas ainda assim, Letícia não era de muitas palavras. Estava acompanhada de uma amiga, sem parentesco sanguíneo, a acompanhante se apresentou como amiga da família. Busquei conversar, mas sem muito êxito, a acompanhante conhecia uma funcionária da maternidade, e alternou entre elogiar o serviço da maternidade (*acho que ela me viu como uma avaliadora*) e interagir com o celular. Buscava a todo instante, encerrar o diálogo.

- Tainá

Parda, 16 anos, católica. Natural e procedente de Teresina-PI, em sua primeira gestação. Solteira. Estava cursando ensino médio. Teve parto normal horizontal. Quando a conheci já estava em trabalho de parto mais avançado, bastante inquieta, senti alguma resistência ao tentar me aproximar. Naquele nosso primeiro momento, bastante calada, oferecia apoio, *pujava* conversa, ela respondia quase que monossilábica, ficava super atenta ao que se passava ao

¹³ O IBGE pesquisa a cor ou raça da população brasileira com base na autodeclaração. Ou seja, as pessoas são perguntadas sobre sua cor de acordo com as seguintes opções: branca, preta, parda, indígena ou amarela.

redor, olhos curiosos, ouvidos atentos. Ao tempo que tentava demonstrar força, se mostrava frágil, buscando alento em sua mãe, que a estava acompanhando. Sua mãe esteve ao seu lado durante todo o trabalho de parto e parto, tranquila na maior parte do tempo, as vezes não conseguia se conter com a dor da filha. Encorajava a filha, mas as vezes ausentava-se rapidamente.

- Maria Flor

Parda, 17 anos, católica. Natural e procedente de Porto-PI, em sua primeira gestação. Vive em união estável com o companheiro de 19 anos, estava cursando ensino médio. Teve parto cesariana. Maria Flor, embora com dores, desde o primeiro contato, foi só sorrisos. Ansiosa, *“as mulheres todas pariram, menos eu”*, ainda que sentindo dor, conversava descontraidamente, manteve-se serelepe, até quando as dores aumentaram substancialmente, quando então apenas derramava algumas lágrimas e pouco falava. Ao saber que teria parto cesariana, respirou aliviada. Quando fui entrevistá-la, confirmei de fato que ela gostava de conversar e tinha uma postura de desenvoltura. Respondia às perguntas, conversava, explicava, não me parecia tímida. Foi uma das entrevistas mais demoradas, inclusive. Uma postura de *menina mais articulada*. Estava acompanhada durante todo o pré-parto e parto da companheira de sua mãe, durante o pós-parto ficou acompanhada da atual esposa de seu pai. A própria Maria Flor relatou *“Não quis nem minha mãe, nem meu marido, eles são muito nervosos, iam me deixar nervosa”*. Maria Flor vinha de uma família de pais separados, mas muito rodeada de carinho e atenção.

- Keyla

Parda, 17 anos, católica. Natural e procedente de Matões-MA, em sua primeira gestação. Vive em união estável com o companheiro de 22 anos, estava cursando ensino médio. Teve parto cesariana. Quando encontrei Keyla, ela já estava sendo preparada para uma cesariana. Deitada, quando me apresentei, mostrou-se serena, tranquila. Sorriu. Conversava baixinho, e respondia com detalhes. Estava sozinha. Quando perguntei sobre acompanhante, ela brandamente respondeu *“Não aceitam acompanhante homem”*. Seu companheiro a acompanhou durante a cirurgia. Dele pouco consegui conhecer, esteve ao lado dela na cirurgia, emocionado, logo que encerrou o procedimento saiu para comunicar aos demais. No momento que antecedeu a entrevista, Keyla estava com sua mãe, um pouco chorosa, não queria levantar-se nem para ir ao

banheiro, percebi-a infantilizada. Durante a conversa, ainda que ela tenha me passado uma imagem de fragilidade, logo que começamos a conversar, percebi uma mudança de postura, agora mais assertiva, segura do que estava falando, deixou claro que tinha muito apoio da família, o enxoval, as roupinhas, pareciam viver um contexto socioeconômico mais favorável.

- Gabriela

Parda, 15 anos, católica. Natural e procedente de Teresina-PI, em sua primeira gestação. Solteira (Fez questão de deixar claro que estava somente namorando), estava cursando ensino fundamental. Teve parto cesariana. *A menina mais menina? A que há pouco brincava de boneca...* como ressaltou sua mãe. Magrinha, cabelos eriçados, deitada, reclamando de dor, ali estava Gabriela. No primeiro momento falava comigo quase que brava, “*não aguento mais*”, e logo em seguida mudava o tom, e chorava, querendo colo. “*Mãe, já fiz de tudo*” “*Quero que isso acabe*” “*Vai demorar muito?*”. Gabriela, ao tempo que demonstrava uma inocência, e uma fragilidade, mostrou-se firme, indagava e questionava as pessoas, os procedimentos... Esteve acompanhada de sua mãe no pré-parto e parto, verbalizava que se sentia envergonhada em ver sua filha de 15 anos ter um filho. Mas mostrou-se encantada quando viu o neto.

- Júlia

Preta, 15 anos, católica. Natural de Teresina-PI, procedente de Curalhinhos-PI, em sua primeira gestação. Vive em união estável com o companheiro de 18 anos, enteado de sua mãe, estava cursando ensino fundamental. Teve parto cesariana. Júlia, acabara de iniciar o procedimento de indução de trabalho de parto quando nos conhecemos, estava deitada, em uso de soro. Pouco conversou. Tentei interagir com ela, mas um misto de timidez e introversão dificultaram nosso diálogo, no primeiro momento. Quando fomos conversar após o parto, senti-a mais interativa, mas ainda falava contidamente. Esteve acompanhada da mãe durante o trabalho de parto e parto. A mãe estava contida, parecia estar emotiva com a chegada do neto, mas ainda parecia surpresa, parecia *estar processando* aquilo tudo que estava acontecendo.

- Maria Ester

Preta, 18 anos, católica. Natural e procedente de Amarante-PI, em sua segunda gestação (primeira gestação aos 16), vivendo em união estável. Parou os estudos ainda no ensino

fundamental. Teve parto cesariana. Meu contato inicial com Maria Ester foi tempestuoso, ela chegou apresentando uma certa urgência obstétrica, mas conseguimos interagir, e a nos conhecer ali naquele momento. Olhos arregalados, olhar espantado, mãos, pernas e voz trêmulas, parecia estar atordoada com aquilo tudo. Já estava peregrinando de outras unidades, cansada, com dores, ainda assim, transparecia certa serenidade, respondia quando solicitada, por vezes só reclamava baixinho, “*estou me sentindo mal*”. Maria era uma jovem que já estava em sua segunda gestação, mas ainda com *um quê de primeira vez*, referia que tudo estava diferente, que nada estava sendo como da outra vez. Estava sem acompanhante durante o pré-parto e parto.

- Laís

Branca, 19 anos, católica. Natural e procedente de Regeneração-PI, em sua segunda gestação (gestação anterior há dois anos, resultante em aborto), vivendo em união estável. Concluiu ensino médio. Teve parto normal. Lara, chegou em trabalho de parto avançado, com fácies de dor, inquieta, reclamava de dor, e passeava de um lado para o outro. Conversava, questionava, mas a maior parte do tempo apenas gemia de dores. Respondia prontamente às perguntas, de forma segura, clara. Ainda que estivesse em trabalho de parto, aquele contexto não lhe parecia tão estranho. Estava acompanhada da avó, que chamava de mãe. Fora permitido que o companheiro a acompanhasse no pré-parto, momento em que ela se manteve forte, firme, poucas palavras, muita cumplicidade e troca de olhares.

- Gisele

Branca, 18 anos, católica. Natural e procedente de Parnarama-MA, primeira gestação vivendo em união estável. Concluiu ensino médio. Teve parto cesariana. Quando nos conhecemos, Gisele estava sendo preparada para uma cesariana, devido a uma parada de progressão. Ansiosa, perguntava sobre o procedimento, questionava bastante. Ela estava sem acompanhante, nem durante o pré-parto, nem durante o parto. Quando conversei com ela após o parto, tranquila, ela me explica como tem sido a amamentação, serena, discorre sobre seus planos, fala mansamente sobre seu itinerário na maternidade, muito complacente, “*a única coisa que mudou é que agora tenho ele*” (aponta para o bebê).

- Cristiane

Parda, 16 anos, católica. Natural e procedente de Teresina-PI, primeira gestação vivendo em união estável. Estava cursando o ensino médio. Teve parto normal. Quando avistei Cris, imediatamente pensei, *com certeza essa menina é uma adolescente*, magrinha, pequena, pálida, reclamando de dor. Foi para o leito, chorava, “*não aguento mais*”, não falava muito, olhava fixamente para as paredes, pernas inquietas. Quando a dor aumentava, pedia que segurasse em sua mão, apertava firmemente. Esteve acompanhada de sua irmã de 19 anos, no pré-parto e parto, que a encorajava, enquanto compartilhava sobre sua experiência, ela tinha tido um filho por parto normal aos 17 anos. Cris parecia ser muito tímida, a ponto de recolher-se, e não olhar diretamente pra mim enquanto eu falava, volta-se para as paredes, olhava para as mãos, falava pouco, limitava-se a respostas curtas.

- Maria Clara

Parda, 19 anos, católica. Natural e procedente de São João da Serra-PI, primeira gestação vivendo em união estável. Concluiu ensino médio. Teve parto normal. Tímida, Maria Clara, mal olhava pra mim, eu interagia com ela, conversava, mas sempre no momento de responder, quem o fazia era sua sogra, que a estava acompanhando, “*essa gestação dela foi muito difícil, nós lá em casa demos total apoio, a família dela hoje sou eu mesmo, o pai dela não aceitou a gravidez*”, disse a sogra. Maria Clara, pouco falava, mas quando consegui conversar um pouco mais, ela deixou subentendido que havia tido uma gestação um pouco difícil, porque seu pai não aceitava. Era perceptível o quanto isso a magoava, conseguia ver em seu olhar quando começou a falar sobre o assunto. Mesmo após o parto ainda estava ali, sorria com o canto da boca, olhar apaixonado para o bebê, mas pouco verbalizava. A sogra, estava em êxtase, desde o pré-parto e durante o parto, conversava bastante, se mostrou muito solícita e atenciosa com Maria.

- Tatiane

Parda, 15 anos, católica. Natural e procedente de Barro Duro-PI, primeira gestação vivendo em união estável. Cursando ensino fundamental. Teve parto cesariana. Tatiane, estava com a *cara fechada* pra mim, não queria conversar, as vezes se mostrava curiosa em ouvir alguma conversa sobre parto e sobre os procedimentos, mas me esforcei bastante para *quebrar o gelo*, ela parecia

muito irritada, estava em indução para parto normal, a todo instante perguntava se estava perto, se era normal sentir isso, ou aquilo, vez ou outra perguntava algo, mas logo voltava pra si, virava as costas e se calava. Essa Tatiane que conheci logo quando chegou ao pré-parto, não era a mesma com quem conversei pouco tempo antes de ir pra cesariana, sorridente, queixando-se de dor, mas extrovertidamente. Estava acompanhada da tia e da mãe, ainda que fosse permitido somente um acompanhante e não fosse permitido troca, elas o fizeram. A tia estava irritada, queixando-se da demora, dizia que criou uma esfera de ansiedade no ambiente, já a mãe, estava tranquila, dizia só aguardar ansiosamente para ver o rostinho do bebê.

- Ana Valéria

Parda, 15 anos, católica. Natural do Rio de Janeiro-RJ, procedente de Teresina-PI, primeira gestação, vivendo em união estável. Estava cursando ensino médio. Teve parto cesariana. Ana Valéria era uma menina curiosa, estava ali no pré-parto, em indução, e perguntava sobre absolutamente tudo, destemida, não era em nada tímida, só se mostrava desconfortável porque não gostava de usar a camisola com aquela abertura nas costas, no mais estava muito à vontade. Conversava bastante e dava conselhos para a outra parturiente que estava ao seu lado no pré-parto. Estava acompanhada da avó, e sempre que eu perguntava algo para a avó, ela mesma respondia. Ana era muito extrovertida, brincalhona, por vezes sorria, e descontraía, chamava a atenção das pessoas em seu entorno.

- Marina

Parda, 14 anos, sem religião. Natural e procedente de Teresina-PI. Primeira gestação, vivendo em união estável, com companheiro de 19 anos. Estava cursando ensino fundamental. Teve parto cesariana. A mais jovem de todas as meninas, e também a mais frágil. Marina estava sozinha no pré-parto, seu acompanhante era seu companheiro, por ser homem, não autorizaram sua entrada. Magrinha, pequena, sozinha, encurvada no leito com dores, chorando baixinho. As pessoas falavam com ela, ela nada respondia. Quando eu consegui interagir com ela, ainda assim, ela pouco falava. Tremia, quando iam fazer algum procedimento, estava assustada, como fazia falta a presença de um acompanhante ao seu lado. No parto também não teve acompanhante. Estive ao seu lado até o término da cirurgia.

4.3 ONDE SE PASSA ESSA HISTÓRIA?

Preciso antes de começar a narrar essa(s) história(s) nos situar, pensar em que espaço, onde tudo isso acontece. Pra mim, esse local não me é estranho, ou melhor pensava não ser, todas as idas diárias e longas permanências lá, transformaram-no em uma “segunda casa” pra mim, e em um sentido bem literal, quando pensamos que em nossa casa passamos boa parte de nossas vidas, vivemos alegrias, mas também momentos difíceis, e nos adaptamos e nos afeiçoamos aos espaços de modo que nem conseguimos enxergar algumas áreas que precisam de reparos, de reformas.

Além de demarcar o espaço em que essa pesquisa aconteceu, penso ser importante evidenciar as particularidades do local, as características que a definem com a Maternidade escolhida e não somente mais uma Maternidade. O propósito inicial seria esse, essa apresentação, mas também espero trazer para essas linhas, uma miscelânea de descrições que perpassem uma visão de estrutura, não me interessa vê-la como uma planta física, mas ponderar de que maneira a estrutura física afeta e é afetada pelos processos que ali ocorrem, pelas relações, pela vivência das pessoas.

Esse talvez já não seja o mesmo local onde passei oito anos atuando como enfermeira, ou quem sabe, até seja, mas a mudança que imputo ao local talvez tenha ocorrido em mim. De qualquer modo, apresentarei esse espaço, como agora o vejo, e por vezes, posso retomar às minhas lembranças e dialogar com o que já foi.

A Maternidade, cenário deste estudo, integra um complexo Hospitalar de médio porte. A Maternidade tem uma entrada comum à entrada do Hospital e faz conexão com o setor ambulatorial do hospital. É considerada uma Maternidade de médio porte, uma das quatro Maternidades municipais de Teresina-PI¹⁴.

Já tinha estado algumas vezes na Maternidade durante a elaboração do projeto de pesquisa para resolver questões relacionadas aos procedimentos éticos, autorizações, e para sondar como estava acontecendo o fluxo e atendimento às adolescentes, verificar se seria pertinente a realização da pesquisa nessa Maternidade. Também estive frequentando a Maternidade com alunos, agora atuando como professora, então muitas das mudanças estruturais e de processos de trabalho, eu já vinha acompanhando, de modo que na minha entrada na Maternidade, agora no papel de pesquisadora, não tive muitas surpresas com o ambiente que encontrei.

¹⁴ A Rede hospitalar municipal de Teresina-PI conta com quatro Maternidades, cada uma correspondendo a uma regional de Saúde (Regionais Sul, Norte, Leste e Sudeste). A Maternidade do Promorar atende à regional Sul.

A Maternidade fica situada em uma avenida bastante movimentada. Ao lado tem-se um estacionamento que hoje encontra-se fechado por portões bem grandes, o que antes era de fácil acesso, quaisquer pessoas tinham acesso a entrada pelo estacionamento, entradas não autorizadas e até mesmo ocorrências de delitos levaram a administração a reformar o estacionamento, e investir na segurança do complexo.

Eu não acessava a Maternidade pelo estacionamento, este é somente para profissionais que atuam na instituição, então eu entrava pela porta principal. A entrada que outrora fora de portas literalmente abertas, vidro transparente, hoje deu lugar a uma entrada com portas fechadas e vidros opacos de cor escura, deu um novo contorno à Maternidade. Destaco esse aspecto porque aquela opacidade gerava em mim um questionamento sempre que chegava ao campo, *“Será se está lotada? Será se há adolescentes aguardando atendimento?” O que me espera por trás daquela porta?*

A porta dava para uma recepção, nela, cadeiras dispostas em fileiras, ambiente climatizado, com acesso a três portas, a sala do atendente da recepção, a sala do acolhimento com classificação de risco, e a porta de entrada para as outras dependências da Maternidade. Ao adentrarmos a área da Maternidade, encontramos uma mesa na qual fica o agente de portaria e um hall comum que dá acesso as enfermarias e demais alas da Maternidade, ao setor do hospital geral e um acesso ao setor ambulatorial.

Entrando na área da Maternidade, deparamo-nos com o consultório de atendimento médico, que é a primeira porta de um corredor, no qual encontram-se de um lado, o setor de pré-parto e sala de parto, e do outro as enfermarias de alojamento conjunto¹⁵. O Centro Cirúrgico e o Centro de Parto Normal (CPN)¹⁶ encontram-se no final do corredor.

Vou percorrer por esses espaços que citei acima, tentar trazer para esse texto o mais próximo da realidade que vivi, inclusive os locais, a configuração dos espaços e da circulação das pessoas, por acreditar que para mergulhar mais intensamente no universo do parto de adolescentes é importante que conheçamos as dinâmicas dos ambientes pelos quais elas percorrem e como esses movimentos repercutem para a experiência delas e na interação com a família e profissionais presentes na cena.

¹⁵ As enfermarias da Maternidade funcionam como alojamento conjunto (alojamento para mães e bebês no pós-parto), mas também para internação de gestantes e/ou puérperas em tratamento de alguma intercorrência, de modo que não existe enfermaria exclusiva para alojamento conjunto, e sim arranjos para que sempre que possível se consiga dividir as enfermarias segundo o motivo de internação.

¹⁶ O CPN está em fase final de construção, até então, não havia na Maternidade do Promorar uma área específica para atendimento ao Parto Humanizado, há aproximadamente 2 anos foi iniciada uma reforma da então ala cirúrgica e uma parte desta está sendo transformada em salas PPP (pré-parto, parto e pós-parto), e toda uma estrutura nos moldes de um CPN.

As questões relacionadas ao ambiente, aos espaços estruturais não são novidades para a área da saúde. Ao conjunto de ações que compreendem o espaço físico, social e profissional, e ainda as relações interpessoais, que visam uma atenção acolhedora, resolutiva e humana dá-se o nome de Ambiência em Saúde. Esta, prevista pela Política Nacional de Humanização, é pensada atualmente nos espaços de atendimento obstétricos, como estratégia a ser utilizada para a mudança do Modelo de atenção ao Parto e Nascimento, com vistas a assegurar a segurança do binômio mãe-filho e do acompanhante, seu acolhimento e conforto, além da preservação da privacidade (BRASIL, 2013b; 2017a; DIAS et al., 2019).

Passarei pelos possíveis caminhos que as adolescentes percorrem dentro da Maternidade. Não necessariamente o vejamos como um “mapa”, como um percurso fixo que é percorrido por todas, tendo em vista que todo parto é diferente, que cada adolescente tem uma história diferente, de forma que trago os espaços possíveis pelos quais elas passaram e passam.

A adolescente gestante quando chega à Maternidade, ainda na recepção, faz uma ficha de atendimento com dados de identificação e queixa principal, em seguida vai para a sala de acolhimento com classificação de risco, onde é atendida por um (a) enfermeiro (a) que avalia seus sinais e sintomas e uma breve história e de acordo com um protocolo ela é classificada para determinar a prioridade no atendimento obstétrico.

Após a classificação de risco, a gestante, então, aguarda a chamada pelo painel eletrônico para o atendimento com o (a) obstetra. Este ocorre em um consultório, pequeno, que tem uma mesa, com cadeira para a gestante, uma área privativa com um biombo, onde é realizado o exame físico específico, e materiais o para atendimento. O (A) obstetra realiza o atendimento sozinho no consultório, ele (a) não conta com auxílio de outro profissional. Ressalto tal fato, porque, embora a maioria das gestantes que compareçam ao serviço, independente se serem ou não adolescentes, o façam com acompanhante, no entanto, não raro algumas comparecem sozinhas, e é comum que os (as) obstetras, especialmente os homens, procurem algum profissional disponível que possa acompanhá-los no momento do atendimento, de maneira que não fiquem sozinhos com a gestante na sala.

Após avaliação do obstetra, se em trabalho de parto, a gestante é encaminhada para o pré-parto. O setor de pré-parto é uma área composta por três salas, a mais reservada é uma sala destinada para a guarda de materiais, e onde os profissionais que atuam lá permanecem, e foi onde passei boa parte do meu trabalho de campo, era a minha “base”, local para onde eu ia todos os dias ao chegar na Maternidade. Nesta área ficavam os profissionais que lá atuam, mas também é uma área de intenso fluxo de pessoas, por ali passavam e por vezes permaneciam bem mais pessoas do que seria o indicado.

Talvez por ser um local “mais fechado”, o pré-parto, ou especificamente, essa área onde os profissionais e eu permanecemos, e pelo fato de que o fluxo de pessoas externas à instituição ser menor, era mais agradável, era um local de trabalho, lógico, mas também de interação entre os profissionais, um local para uma pausa. Interessante como os profissionais demarcaram esse espaço como deles, e de que como emergiu uma barreira que não é física, ali, não existem placas sinalizando que é proibido entrada de outras pessoas, mas é terminantemente proibido a circulação de acompanhantes, gestantes. Aquele é o espaço dos profissionais.

Nessa salinha que poderia se chamar de posto de enfermagem, mas que prefiro chamar de salinha de apoio, funcionava como área de convivência, repouso, guarda de materiais, guarda de vestuário, enfim, uma sala com multifuncionalidade. As enfermeiras e técnicas de Enfermagem permanecem a maior parte do tempo ali, enquanto as parturientes estão com suas acompanhantes nas salas em anexo, a equipe permanece a maior parte do tempo ao lado.

Enquanto transcorre o trabalho de parto, a equipe está às vezes dando olhadelas no celular, por vezes lendo, conversando sobre trivialidades, às vezes até comendo guloseimas (*que ninguém veja isso*), claro que mantendo-se atenta e vigilante, mas para quem está com dor e para quem acompanha, a ansiedade é de ter um profissional ao lado, ininterruptamente, de modo que interpretam como ausência de cuidado quando veem a equipe realizando qualquer outra atividade que não ali partejando.

Ainda sobre a área que chamamos de pré-parto, há mais duas salas, onde permanecem as mulheres em trabalho de parto. Para mim, essa área é familiar, é um espaço físico conhecido, os processos de trabalho e fluxos de atendimento também o são, ainda assim descrevo-os tal como são, mas agora reflito que talvez não sejam como as adolescentes os vejam.

A sala de pré-parto é um espaço-chave no contexto de trabalho de parto e parto. Considerando que, na maioria das vezes, é nesse local que as gestantes permanecem a maior parte do tempo, aguardando o tão esperado momento de “ter o bebê”, refiro-me assim, por lembrar que as meninas que são encaminhadas para cesariana também lá permanecem, e não somente aquelas que parem, assim merece um olhar importante de todos nós.

As salas de pré-parto são duas, interligadas por uma porta que fica aberta dando livre trânsito as mulheres e acompanhantes. Cada sala dispõe de um banheiro e comporta dois leitos para internação. Não é muito diferente de uma enfermaria, a não ser pelo número reduzido de leitos, a iluminação é a mesma, a mobília e equipamentos destoam um pouco, pois nelas há o

“cavalinho”¹⁷, o sonar¹⁸, o cardiotocógrafo¹⁹, basicamente, as diferenças não são muitas, embora fosse o esperado.

As salas do pré-parto não têm cortinas separatórias, ou alguma mobília ou instrumento para separar os leitos, de modo que as parturientes e acompanhantes tem acesso livre a todos que circulam no espaço, em outros termos, não tem privacidade. Destaco esse aspecto porque, certamente, evidenciarei diversos momentos em que o fato da não existência dessas cortinas interferiram intensamente na experiência das meninas, dos acompanhantes, e como não incluir os profissionais?

O momento do trabalho de parto é singular, nele a presença da corporalidade é intensa. A nudez se faz presente, expressões corporais das mães diversas marcam de sobremaneira tanto o trabalho de parto quanto o próprio parto, ressalto esse aspecto, pois muito foi vivenciado por mim, enquanto pesquisadora, e enquanto pessoa, ali presente, penso que é muito particular para elas.

Por todas essas questões, é interessante pensar sobre a não existência das cortinas, ou aparatos para dividir os leitos e proporcionar privacidade às parturientes. Durante minha estadia no campo, estive presente boa parte do tempo nas salas de pré-parto, percebi que, para algumas o fato de não ter cortina, de estarem todas juntas compartilhando o espaço, não denotava nada de negativo; elas estavam em um momento tão único e diferente, que não compreendia o espaço externo como algo importante.

Na instituição, na qual Enderle et al. (2012) realizaram seu estudo, também com adolescentes, dispõe-se de uma sala de pré-parto coletiva com uma área física pequena, que tem apenas cortinas como recurso para preservar a privacidade das parturientes, motivo pelo qual atribuem dificuldade para a garantia do direito ao acompanhante. Tal fato leva-nos a pensar que mesmo a existência das cortinas possa não ser suficiente para promover privacidade da mulher, como neste exemplo, daí decorrem dois pontos importantes de reflexão, a existência de condições estruturais adequadas como um direito, e como um dispositivo para garantia de direitos.

Para outras parturientes, percebia que a inexistência de um espaço próprio, particular gerava desconforto, que podem advir de motivações das mães diversas. Mas aprofundarei quando mergulhar nos partos que acompanhei. Acho válido recordar que perceber todas as

¹⁷ Equipamento do pré-parto semelhante a uma cadeira com assento invertido, onde a gestante apoia o tórax e os braços jogando o peso para frente para alívio da dor.

¹⁸ Aparelho de detecção de batimentos cardíofetais.

¹⁹ Aparelho de monitorização da contração uterina, batimentos cardíofetais e movimentos fetais.

nuances envolvidas nessa questão da existência ou não da cortina, foi um tanto engenhoso para mim, pois fiz postulações hipotéticas que, a meu ver, devem ser consideradas para que entendamos que alguns outros pontos estão subliminarmente relacionados.

Quando iniciei como enfermeira na Maternidade do Promorar, há aproximadamente 10 anos, as salas de pré-parto eram tais quais são hoje, exatamente iguais, porém não demorou muito, e iniciaram diversas reformas, na Maternidade inteira, essas reformas surgiram no contexto da Rede Cegonha, estratégia lançada pelo governo federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2011).

Dentre as diversas propostas da Rede Cegonha, a adequação da ambiência nos espaços físicos das maternidades/hospitais tem destaque e refere-se às reformas e às ampliações estruturais com o objetivo de qualificar, favorecer e facilitar os processos de trabalho de parto de acordo com as boas práticas e a humanização na atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2011). Nesse ínterim, iniciaram várias reformas na Maternidade do Promorar, foram instaladas cortinas entre os leitos e realizadas outras mudanças, conforme preconizado pela estratégia.

As mudanças não ocorreram somente na parte estrutural da maternidade, mas também nos processos de trabalho. Desde 2005, com a Lei Federal nº 11.108, conhecida como a Lei do Acompanhante, os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, no entanto, uma das dificuldades apontadas para a implementação dessa lei, era e ainda continua sendo, a ausência de condições físicas que garantam condições para a presença do acompanhante (BRASIL, 2005).

Naquele contexto, de mudanças advindas da Rede Cegonha, foram instaladas as cortinas em toda a maternidade, nas enfermarias de alojamento conjunto e nas salas de pré-parto, com isso, emergia a necessidade de receber os acompanhantes, qual seria, agora, o motivo para obstaculizar a permanência do acompanhante junto a parturiente? Não cabe uma reflexão de como se deu esse processo por completo, rememorar como se deu essa transição em todos os aspectos, mas com relação à privacidade propiciada pelas cortinas sim, pois em vários momentos veremos implicações delas na experiência das adolescentes.

A OMS, em sua publicação sobre experiência positiva no parto, recomenda que se deve respeitar o direito da mulher à privacidade no local do parto, e que a parturiente tem direito a acompanhante em todo o trabalho de parto, parto e nascimento, dentre outras diversas recomendações. Considerando que essas recomendações são gerais a todas as gestantes, elas

são ainda mais pertinentes quando pensamos na especificidade e singularidade das adolescentes (WHO, 2018).

Comecei a pesquisa de campo e a findei com o pré-parto sem oferecer as condições ideais para a privacidade das meninas, não que nenhuma tenha verbalizado descontentamento para com essa situação, mas percebi por diversas vezes que existiram repercussões da ausência dessa privacidade. Sinto a necessidade de externar o fato de que essas condições me proporcionaram uma reflexividade que até então não tinha introjetado.

Sim, há bastante tempo que as cortinas haviam sido instaladas e elas não foram retiradas propositalmente, não. As cortinas foram sucumbindo pelo manejo, ou no momento da lavagem, ou até mesmo pela vida útil que devido a fragilidade do material, rapidamente atingia seu máximo, mas o que desperta inquietação é porque não foram substituídas. Que os recursos são poucos, e que, os gestores de saúde nem sempre conseguem celeridade em todos os processos de resolução de problemas nas unidades de saúde é de ciência de todos, mas me questiono se seria esse o motivo para ainda não terem solucionado o problema.

As cortinas são ideais para proporcionar privacidade às parturientes, inclusive para receber a parturiente e o (a) acompanhante de sua escolha. A não existência das cortinas no pré-parto é considerada um obstáculo para a permanência de acompanhantes do sexo masculino, sob a justificativa de que, como há outras mulheres no mesmo ambiente, e essas estão nuas, ou com sua intimidade completamente exposta, não é permitido que eles acompanhem, tornando assim, o pré-parto um espaço propício somente para mulheres.

As dificuldades ainda hoje observadas quanto ao lidar com acompanhantes do sexo masculino durante a parturição, estão presentes tanto em ambientes com privacidade quanto nos que não tem, o que refuta fato de o parto ser considerado um evento de mulheres, assim, a inquietação emerge de que, considerando a não possibilidade de proporcionar privacidade, haveria uma justificativa “aceitável” para a não presença de homens no pré-parto, de modo que os profissionais que ali atuam, embora observem a necessidade das cortinas, não as julgam tão imprescindíveis assim.

Após o pré-parto, chegando o momento do parto, se parto normal, as parturientes são encaminhadas para a sala de parto, que fica adjacente à sala de pré-parto. Trata-se de uma sala que contém a mesa de parto, instrumentais e equipamentos para o parto e uma área com berço aquecido para a recepção e cuidados com o bebê, é uma área comum, neutra, o ambiente que, para Davis Floyd (2001), estaria no padrão de um modelo tecnocrático.

Se as parturientes evoluem para um parto cirúrgico são encaminhadas ao Centro Cirúrgico (CC), este fica no final do corredor principal da maternidade. Na área subjacente ao

CC, encontra-se a construção de um CPN. Passei uma grande parte da pesquisa de campo no CC, a maioria dos partos que acompanhei foi cesariana, o que coadunou com minha expectativa, à guisa de comparação com os dados estatísticos nacionais que apontam índices superiores a 50%, lembrando que o preconizado mundialmente pela OMS é de 15% (BRASIL, 2018a).

A sala do CC é uma sala comum, ambiente “frio”, com equipamentos, mesa cirúrgica, carro de anestesia, área com berço aquecido para o recém-nascido, para alguns não há nada de estranho no CC, embora diferente, mas nada que amedronte, ou algo semelhante, mas como veremos aqui, para alguns é um ambiente diferente, que gera alguma ansiedade, ou no mínimo, estranheza, como no relato de *Gabriela* sobre sua entrada no CC, “*Senti medo, eu entrei na sala e fiquei assustada, eu vi aquele monte de coisa e pensei... o que eles vão fazer?*”

Aquele instrumental e toda a indumentária utilizada no CC para mim era natural, nada me era estranho, para algumas meninas, era diferente, causava medo, estranheza, apenas uma das meninas já tinha estado em um CC previamente, as demais o conheceram naquele momento do parto. Ainda que tenha sido relatado somente por *Gabriela*, a estranheza daqueles materiais todos, conseguíamos perceber nas expressões faciais, corporais das meninas o quanto aquilo tudo era estranho pra elas. O olhar assustado voltado para todo o entorno da sala, as pernas trêmulas, além da ansiedade pelo parto, estarem em um local completamente desconhecido.

Quando conversando com *Letícia*, perguntei como tinha sido a entrada dela no CC, o que ela tinha sentido, ela respondeu “*Senti frio, tava muito frio*”, essa sensação de frio ainda que ela não tenha explicitado, me levou a pensar não somente na sensação térmica, no frio devido a temperatura da sala, que embora a OMS recomende que a sala cirúrgica esteja uma temperatura de mínimo 25° para cesariana, quase nem sempre esteja, mas na frieza das relações, na impessoalidade que impera na sala cirúrgica, as dinâmicas, as conversas são sempre muito presentes, mas nada que acolha a parturiente, e no caso de *Letícia*, a frieza de estar em um local estranho, em um momento singular, sem alguém de seu convívio, sem algum dos seus para lhe acompanhar.

Confesso que o CC, depois que iniciei minhas atividades como enfermeira, sempre foi um ambiente muito familiar, já havia sido estranho, mas lá quando estudante, depois, atuando já como enfermeira, era e é muito familiar, mas agora como pesquisadora, vejo sob outra perspectiva, não que queira ressaltar problemas, ou pontos negativos, e sim, observo que esse espaço apresenta tantas denotações, tantos significados e que ele por si, já incita muita reflexão. Nas cenas de parto detalharei aspectos do CC que ainda não haviam me saltado aos olhos e que agora me fazem (re) pensar como é um espaço repleto de significação e que muitas vezes não valoramos como tal.

Assistir a cirurgia e principalmente observar a estrutura e disposição das pessoas e mobiliário dentro do centro cirúrgico, agora de um novo lugar, me levou a refletir como nada se apresenta de forma eventual, tudo é posto sugerindo uma intencionalidade, quer seja as exigidas pelos protocolos de orientam as práticas no local, quer seja as criadas pelas pessoas que conduzem os processos naquele ambiente.

Existe a disposição do mobiliário, da mesa cirúrgica, do carrinho de anestesia, do bercinho aquecido, tudo de forma a garantir a circulação da equipe de forma segura, a preservação dos campos estéreis, mas existe também uma organização *subjetiva*, na qual os postos das categorias são pré-determinados e imaculados. Isso se apresenta de forma mais evidente quando observamos a posição do médico no centro cirúrgico, em si já é uma posição que denota poder, ele é a autoridade, ele determina os espaços, e em alguns casos, ela não se apresenta somente de forma subliminar, alguns optam pode deixar claro uma posição de hierarquia e dominação no *setting* de parto.

Essa demarcação de espaço já acontece de forma abstrata, porém natural, mas recordo-me bem de estar acompanhando a cesariana de uma menina, Keyla, e observado que logo que o acompanhante entrou, teve seu espaço bem delimitado pelo próprio médico, o que me chamou atenção, considerando que geralmente a orientação para os acompanhantes ficam a cargo da equipe de enfermagem, de forma que até nota registrei sobre o observado, “*O acompanhante entra, o médico separa uma cadeira e orienta o acompanhante a sentar e ali permanecer (o próprio médico)*” (NOTAS DE CAMPO, jan. 2020).

Ainda que possa parecer uma simples orientação, tornei-a digna de nota, pela entonação de voz, pela austeridade evidenciada naquele momento, pela forma como o acompanhante recebeu aquela informação. Ele permaneceu sentado, conforme foi orientado, estava a uma certa distância de sua companheira, fazia menção de se aproximar, inclinava o corpo, mas não avançava, sabia que o médico tinha deixado claro, ele deveria se sentar ali, naquela cadeira, àquela distância e ali permanecer.

Para quem já está habituado com salas de cirurgia, aquele ambiente é como qualquer outro, claro que com suas especificidades, mas de modo geral é mais um ambiente de um hospital, no nosso caso Maternidade, no qual ocorrem procedimentos específicos e tem normas e rotinas diferenciadas, mas com a mesma dinâmica relacional dos outros, na sala de cirurgia as pessoas trabalham, mas interagem, conversam, como em qualquer outro espaço. Destaco esse ponto, porque lá atrás, bem antes de entrar em um CC, meu imaginário era de uma sala com brancura impecável, com mobiliários intocáveis, com um silêncio total, um ambiente no

qual as pessoas não conversavam, falavam baixinho, essa era a imagem que eu tinha de uma sala de cirurgia.

O CC era tudo, menos silencioso, não que isso chegue a ser negativo, de forma alguma, mas enquanto trabalhava na maternidade, auxiliando nas cesarianas, não passara na minha mente o quanto éramos, a equipe, fervorosos, falávamos sobre vários assuntos, debatíamos sobre o trabalho, sobre nossas vidas, sobre as notícias do dia a dia, e o fazíamos sempre interagindo muito pouco com a mulher que estava ali conosco. As nossas emoções sobressaltavam as da parturiente, de modo que pouco percebíamos, somente dávamos uma pausa quando o bebê ia ser apresentado à mãe, e em seguida, *converseira* de novo.

Esclareço que essas dinâmicas no CC só me provocaram agora na nova posição que ocupava, enquanto pesquisadora, expectadora nos *settings* de parto. Estando ao lado das meninas e observando a equipe e as práticas, me incomodou um pouco as conversas intensas entre a equipe e o quanto automaticamente os procedimentos eram realizados e por vezes nem parecia que estávamos com uma parturiente diante de nós.

Um ponto importante que observei foi o “tumulto” dentro da sala de cirurgia, especialmente nessa cesariana, não sei se pelo fato de ser uma das primeiras, os meus colegas, neonatologista, anesthesiologista, como estávamos com muito tempo que não nos víamos, começaram a conversar sobre assuntos diversos, me roubando a atenção, de modo que embora eu tenha percebido, fiquei com receio de tentar de alguma forma desviar o assunto, me voltar completamente ao parto e dessa maneira eles notarem e não gostarem a ponto de interferir na nossa interação em outras oportunidades. (Notas de campo, dez, 2019)

Tanto me provocou que destaquei em minhas notas de campo, o que chamei de tumulto seriam as conversas diversas, que despertavam e concentravam a atenção de todos, mesmo a menina ali na mesa cirúrgica sendo preparada para a cirurgia, ou durante o procedimento, de modo que as vezes as sentia invisíveis quando elas deveriam ser as protagonistas daquela cena. A despeito de minhas impressões, acho importante destacar que, embora em certa medida, essas conversas, esse “barulho” tenham me incomodado, algumas meninas observaram esses momentos, e não o julgaram de forma negativa.

“Eu acho que se não tivesse anestesia doía né? Mas foi bom, depois que começou, que eu escutei a neném chorar eu fiquei mais tranquila, parece que o nervosismo acabou... também porque eu tava acompanhada, eu não fiquei

sozinha na sala, e os médicos ficaram conversando... me distraiu mais”
(Keyla, 17 anos).

Para Keyla, o fato de a equipe estar conversando no momento da cirurgia foi acalentador, a distraiu. Outras meninas que também tiveram parto cesariana, chegaram a mencionar que os profissionais conversavam bastante no momento da cirurgia, mas não teceram críticas, sendo somente mais um detalhe que ocorrera no centro cirúrgico.

Saio um pouco do CC, e sigo para as enfermarias de alojamento conjunto. Elas estão localizadas no corredor de entrada da maternidade, e logo após o parto, é para o alojamento conjunto que as meninas são encaminhadas. Independentemente da via de parto, elas vão imediatamente para as enfermarias, ressalto esse aspecto pois as recomendações orientam que as parturientes quando parto normal, o ideal é que permaneçam no mínimo uma hora antes de serem encaminhadas ao alojamento conjunto e quando cesariana, devem aguardar duas horas na sala de recuperação pós-anestésica (SANTOS; SILVA; POVEDA, 2011). Não que esse fato, embora não seja o recomendado, represente algo fundamental para esta pesquisa, mas acredito que caiba o registro.

Penso ainda que no caso específico do CC, possa inferir uma reflexão, porque na maioria das vezes as meninas e as mulheres estão sem acompanhante, e então a rapidez em sair do CC e irem imediatamente para a enfermaria pode representar a saída de um local estranho, onde estão sem a presença de alguém do seu convívio, para um local onde estarão com seus acompanhantes, familiares, nesse sentido, vale ressaltar essa transição dos locais exatos de parto, sala de parto e CC, para o alojamento conjunto.

As enfermarias de alojamento conjunto são quatro, cada uma dispõe de cinco leitos. Antes da reforma da Rede Cegonha, as enfermarias eram classificadas com números, após a reforma, as enfermarias de alojamento conjunto foram tituladas com nomes de flores, em consonância com os preceitos de ambiência preconizados pela Rede Cegonha. Comumente ouvimos os profissionais referirem-se a elas por números ainda, pouco ou quase nunca ouvimos as enfermarias por seus nomes de flores.

As enfermarias abrigam camas, bercinhos e poltronas, os leitos são separados por cortinas, as mesmas que deveriam estar nas salas de pré-parto, mas falta uma ou outra cortina, o que não garante 100% de privacidade, mas na maioria dos leitos elas estão presentes. Um aspecto que considero importante, é o fato de que nessas enfermarias, que seriam destinadas para alojamento conjunto, também ocorre internação de gestantes e puérperas em tratamento clínico, e mulheres no pós-abortamento.

Percorrer todos esses espaços, de um outro lugar, foi uma experiência enriquecedora, a visão que alcancei me permitiu pensar sobre o quanto os espaços físicos influenciam na vivência das pessoas, nos espaços sociais. O intuito não foi avaliar a estrutura, as reformas, ou semelhantes; mas refletir sobre como todas essas estruturas se apresentam e transformam as experiências das pessoas e destacar que todos foram importantes lugares de produção etnográfica.

4.4 A ENTRADA EM CAMPO

Para Silva (2007) seria difícil, senão impossível, até mesmo, antimetodológico, antecipar ou calcular minuciosamente a realização de qualquer pesquisa em antropologia – para ela é preciso deixar-se capturar ou “perder-se” pela experiência de campo – e, bem como antecipar, de antemão, que necessariamente algum traço da identidade do antropólogo (sua posição de gênero, raça ou classe etc.) seria vantajoso ou desvantajoso diante da natureza de um determinado objeto. A autora deixa claro que tal resposta só pode ser construída etnograficamente. Eu não pensava assim...

De início, imaginava que pudesse haver um modelo, uma receita, um passo-a-passo de como realizar o trabalho de campo, do que esperar, de como reagir, mas não demorou para eu concordar com Silva (2007), muito me seria revelado à medida que adentrasse em campo, por mais que eu não dispusesse de um *background* que me ajudaria na condução do trabalho de campo, ainda existiria a possibilidade de mesmo o tendo, viver as vicissitudes do trabalho de campo, essas não escapam a ninguém.

A entrada em campo inaugurou um novo momento na pesquisa, não há como pesar qual a etapa mais incitadora, todas as etapas desta pesquisa foram igualmente desafiadoras, mas naquele momento, os primeiros dias em campo, despertaram sentimentos e emoções, tão próprios, que em nenhuma etapa senti igual. Ao tempo que estava afoita, tinha receio, por vezes entusiasmada, outras amedrontada. Era hora de começar.

Até a aprovação do projeto em todas as instâncias, desde a autorização da Maternidade, tramitação na plataforma Brasil até a aprovação do projeto de pesquisa foram consumidos três meses. Minha entrada estava autorizada, eu tinha acesso à maternidade, podia iniciar minha pesquisa, minha coleta de dados...esse foi o primeiro pensamento que veio à mente logo que recebi o aceite, por conseguinte a apreensão típica de uma marinheira de primeira viagem.

A entrada pela porta da Maternidade já não me preocupava, e sim a minha entrada como pesquisadora. Havia toda a documentação que garantia meu acesso às dependências da

instituição e que lá poderia exercer minhas atividades de pesquisa, mas o acesso às pessoas, às rotinas, o acesso no sentido estrito de acolhimento me inquietava. A mim, Livia, acreditava, mesmo antes de iniciar o campo, que seria acolhida pelos profissionais, afinal de contas, éramos velhos conhecidos, mas a Livia *pesquisadora* seria apresentada a partir de agora, tanto para os profissionais como para as adolescentes e acompanhantes, isso fazia meu coração disparar.

Não fora uma espera passiva, o período em que aguardava a tramitação do projeto, foi favorável para que buscasse inspiração em outras pesquisas, especialmente em etnografias, e bem especificamente nos caminhos trilhados por outros pesquisadores, ainda que cada pesquisa guarde sua singularidade, beber de outras fontes me fez mais segura para entrar em campo.

Preparei meus instrumentos de pesquisa, meus documentos de autorização, minha prancheta... tudo pronto. Para completar minha indumentária de pesquisadora, o crachá de identificação, e meu jaleco branco...estava pronta, me sentia pronta. Fui para a maternidade. Quase tudo naquele dia tomou outra conotação...como a ansiedade deflagra intensidade nas mínimas coisas...

O ingresso no campo de pesquisa é um momento envolto de significados sutis, e prescinde de cuidado e empatia por parte do pesquisador (CAPRARA; LANDIM, 2008). Nesse sentido, minha atenção se voltou para buscar uma entrada suave, especialmente, no contato com os profissionais, esse (re) encontro, o pretendia de forma leve e paulatina, almejava aos poucos revelar meu novo papel, de forma que eles compreendessem, e principalmente aceitassem. Naquele primeiro dia, ainda não havia percebido que esses movimentos haveriam de ser feitos comigo mesma, internamente.

Era uma tarde quente, claro que seria, estávamos no famoso B-R-O-BRÓ, aqueles meses em que a gente pensa existir um sol para cada um..., mas naquele dia, parecia mais quente ainda... quando cheguei na maternidade, então... acredito que uma pitada de apreensão tenha elevado a temperatura em uns 2°C... cheguei na maternidade e fui direto ao pré-parto.

Na sala, que funciona como posto de Enfermagem do pré-parto encontrei meus colegas, e todos surpresos, me receberam muito bem, entre abraços e risos, “*o que você tá fazendo aqui?*”, as saias justas²⁰ de fato, começaram. Não que fosse problema explicar sobre a pesquisa, sobre meus objetivos, pelo contrário, já havia iniciado essa conversa nas visitas à maternidade enquanto resolvia questões do comitê de ética, mas a partir daquele momento, responderia repetidamente essa questão, as vezes para as mesmas pessoas, como esclarecimento, ou como lembrete, precisei lembrá-los o que estava fazendo na maternidade por muitas vezes.

²⁰BONETTI; FLEISHER, 2007.

Guardei minha bolsa, com a prancheta e documentos na mão, crachá devidamente colocado, após uma prosa rápida, “*Não tem nenhuma adolescente em trabalho de parto, tá sem sorte, no final de semana tinha mais de uma*”, segui para a recepção da maternidade, conforme meu planejamento inicial, poderia esperar as adolescentes na recepção e acompanhá-las desde o atendimento inicial, além do que precisava conversar com os recepcionistas, falar sobre a pesquisa, pois solicitaria a colaboração deles para que sinalizassem sempre quando da admissão de alguma adolescente.

A recepcionista demonstrou interesse quando comecei a falar sobre a pesquisa, os objetivos, perguntou-me sobre a faixa etária, quais os dias que eu estaria na maternidade, fez vários questionamentos, o que pode ter sido em decorrência de interesse ou também para mantermos o diálogo, já que fiquei bastante tempo ali ao lado dela. No pré-parto não havia adolescente internada, então me estabeleci ali na recepção, ansiosa pela chegada de alguma adolescente. Ao passo que poderia ter passado pelo pré-parto mais um pouco, conversado até mesmo sobre a pesquisa, preferi recolher-me, com o pensamento de que precisa afastar a Lívía, *colega enfermeira*, e aproximar a pesquisadora.

“...O que mais me deixava ansiosa, sem dúvida, era o fato de conhecer todos ali presentes, me perguntava até que ponto isso seria positivo. Imaginei como seria se estivesse em uma outra Maternidade que não esta na qual trabalhei. Até o momento a impressão que tinha era a de que isso dificultaria a minha coleta de dados”. (Notas de campo, dez, 2019).

4.5 “ESTAR LÁ”: EM CAMPO

Para investir na realização dessa etnografia foi necessário participar, acompanhar, ouvir e conversar com os sujeitos em suas atividades cotidianas até estar familiarizada com seus costumes e crenças; consultar documentos sobre a comunidade em estudo; e, por fim, observar as suas ações, bem como as ideias, os impulsos e sentimentos moldados e condicionados pela cultura (MALINOWSKI, 1991). Dessa forma seguiram-se os dias em campo, embora já familiarizada com boa parte dos processos, das pessoas, eu participei e busquei incluir-me naquela realidade de um outro lugar.

Para Velho (1987), estar familiarizado não significa que conhecemos todos os pontos de vista dos envolvidos, não significa que conhecemos todas as regras da interação praticadas naquele local aparentemente conhecido. O conhecimento do pesquisador pode estar

comprometido exatamente pelo conhecimento superficial daquela rotina, de alguns hábitos e estereótipos criados anteriormente aos seus estudos. O que Gilberto Velho destaca em seus escritos vai ao encontro da minha aproximação com meu objeto de estudo, esse paradoxo foi um dos motivos que me provocaram a pensar o parto de adolescentes sobre outra perspectiva.

Para captar as vivências e experiências particulares das adolescentes, da experiência do parto, precisaria de certa forma tentar pôr-me do lugar delas, e mergulhar em profundidade em suas realidades, visto que alguns aspectos se encontram implícitos e para que apareçam exigem um esforço maior, uma observação mais aprofundada (VELHO, 1987).

Quando escolhi essa Maternidade como local para pesquisa, estava diante de um “impasse”. Precisaria introjetar uma mudança de perspectiva, precisaria estranhar o que para mim era bastante familiar, e ainda considerar que, mesmo que eu julgasse ser aquele ambiente familiar, não necessariamente ele seria conhecido, como referem DaMatta (1978) e Velho (1987). Para além do espaço físico, o todo me era familiar, eu precisava estranhar todo aquele universo. Para DaMatta,

(...) o exótico depende invariavelmente da distância social (...) vestir a capa de etnólogo é aprender a realizar uma dupla tarefa (...) transformar o exótico no familiar e/ou transformar o familiar em exótico. E, em ambos os casos, é necessária a presença dos dois termos (que representam dois universos de significação) e (...) uma vivência dos dois domínios por um mesmo sujeito disposto a situá-los e apanhá-los (DAMATTA, 1978, p.28).

Meu primeiro passo em campo seria tentar transformar o que me era bastante familiar em ‘exótico’, de modo a torná-lo objeto de estudo e, em seguida, fazendo um caminho de volta transformar este exótico em familiar em outro nível, por meio de tradução para uma visão antropológica (DAMATTA, 1978; VELHO,1987).

Por mais que todos esses aspectos tenham ocorrido de forma tranquila, no meu íntimo sentia insegurança e receio de que qualquer comportamento meu ali gerasse um cerceamento por parte dos profissionais. A exemplo do que aconteceu com Mendonça (2018), na sua pesquisa também em uma maternidade, que sentiu tensões quanto ao fato de ser uma antropóloga e aquele universo ser um tanto desconhecido para ela, no meu caso, ainda que “conhecido”, esse encontro interdisciplinar se apresentou repleto de pormenores que foram sendo trabalhados durante toda minha estadia em campo.

Embora tivesse estado na Maternidade anteriormente ao início da coleta de dados, resolvendo questões relativas à aprovação institucional e ao comitê de ética, e também,

trabalhando, acompanhando alunos em estágios, e ao encontrar os profissionais de saúde, meus colegas, e desde já comunicá-los que em breve estaria retornando à vivência diária na Maternidade, para fazer minha pesquisa, ainda assim quando comecei foi uma surpresa para todos.

No segundo dia de campo, uma funcionária perguntou: *“Onde você está?”*, quando respondo, ela diz *“Ah! Gosto de você com a mão na massa”* (NOTAS DE CAMPO, D2, p.4). Quando ela perguntou onde eu estava, referia-se ao setor em que estaria trabalhando, ainda desabituada a minha nova condição ali, deixavam claro como me viam ainda como a enfermeira que assistia os partos na maternidade.

Isso se deu, a meu ver, em toda a pesquisa de campo, me questionei sobre minha identidade profissional em todo o percurso. Acredito que a minha presença lá tenha se naturalizado, como pesquisadora, com o passar dos dias, mas meus colegas me viram como enfermeira durante toda a estadia em campo. De fato, meu comportamento por vezes tenha gerado certa dúvida, em mim, no meu íntimo não foi diferente, a todo instante me perguntava se estava fazendo da forma correta, se me afastava, ou me aproximava das meninas, se as tocava, as acolhia, ou somente observava, tudo isso foi sopesado, e sim foi de grande contribuição para meu trabalho, ainda que lá no começo tenha me feito estremecer várias vezes.

Minayo (2010) aponta que, para se prever os impactos da pesquisa, bem como a quem, e a forma de se apresentar, é necessário uma ou mais idas a campo antes de iniciar o trabalho intensivo. Por ter escolhido a maternidade, acelerei esse processo, pelo menos em parte, ainda que conhecer o espaço físico do cenário de pesquisa previamente, e também um pouco da dinâmica relacional dos profissionais de saúde e das gestantes tenha contribuído bastante, ainda assim foi necessária uma construção diária do meu eu de pesquisadora.

As minúcias do fazer etnográfico aos poucos ficaram claras, elas elucidaram-se na prática, o “estar lá”, em campo, foi me revelando a singularidade da etnografia (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000). Os profissionais de saúde, que lá estavam, tiveram certa dificuldade de entender a metodologia da minha pesquisa. Explicava sempre a cada profissional, alguns sinalizavam que entendiam, mas de fato tinham dúvidas, e outros se interessavam mais e pediam mais detalhes, eu sempre respondia com atenção, balizando os termos para que ainda que de forma resumida, ficasse o mais claro possível.

A minha presença “novamente” começou a ser assimilada, esse foi um passo mais fácil pelo menos aos meus colegas profissionais, ainda nem tanto para mim. Meu novo papel foi aos poucos sendo assimilado, me propus a esclarecer sobre minha pesquisa, e objetivos, a todos os que me questionavam, até mesmo para iniciar um diálogo, “quebrar o gelo”, mas me detive a

esmiuçar aspectos metodológicos e especificidades da pesquisa, conforme a demanda de quem questionava.

A Maternidade não era um local muito buscado por pesquisadores, por questões que me escapam agora, observei durante o período que atuei lá como enfermeira e como professora que não era campo corriqueiro de pesquisa, disso pode depreender o fato de que os profissionais ali, tivessem dúvidas ou não tenham intimidade com pesquisa. Por vezes falei sobre meu objetivo, método, e ainda assim, era surpreendida com perguntas como, *hoje teve muito parto? Está faltando quantos partos?* Mas explicava sempre sobre a pesquisa e de forma calma, para que não ocasionasse nenhuma mudança na relação.

A minha presença pareceu perturbar os ali presentes, não as meninas, elas não, adiante detalharei como se deu meu relacionamento com elas, mas os profissionais. Lembro-me por vezes de estar percorrendo os *settings* de parto, e algum profissional acreditar que eu estava ali fazendo pesquisas avaliativas. “*Cuidado, dra. X, ela está aí anotando tudo*” (Notas de campo, D5, p.11), ouvi esse comentário enquanto acompanhava um parto, refleti sobre isso, e vi que alguns profissionais me viam ali, em um papel de pesquisadora “vigia”, entendiam que eu estava fazendo um trabalho sério, minha pesquisa de doutoramento, mas não compreendiam meu objeto, além de julgarem estarem sendo avaliados, vigiados.

A priori me emergia certa insegurança quanto à minha postura de pesquisadora, mas depois de um exercício próprio de ponderação, consegui contornar com mais habilidade ocasiões semelhantes. Em sua pesquisa, Chazan (2005) vivenciou situação semelhante, alguns profissionais a perceberam como uma auditora externa, e verbalizavam em tom semi-jocosos, de ‘cooptação’, o que ela chamou de ‘toques persecutórios’ repetidas vezes.

Não existiu algum posicionamento/comportamento por parte dos profissionais para neutralizar o desconforto de minha presença como pesquisadora, para amenizar o que Rabinow (1977) denomina violência irredutível do trabalho etnográfico, ou que o Clifford (1983) apresenta como intrusão, inerente a esse método, ao contrário do que aconteceu com Chazan (2005), a qual teve por parte dos seus informantes alento para gerar amenidades na relação deles entre si, durante toda a pesquisa, essa tentativa foi impulsionada sempre em mão única, por mim.

Outro aspecto intrigante em minha relação com a equipe foi o gerenciamento dos afetos. Ao passo que ia reencontrando meus colegas nos plantões, surgiam as conversas *paralelas*, as de cunho pessoal, *como vai fulana? E você? O que tem feito?* e eu precisei ponderar em vários momentos, não poderia recolher-me e não interagir com eles, mas também precisava manter

uma distância psicológica²¹. De modo que não fosse roubada da pesquisa, de modo a manter o foco na observação.

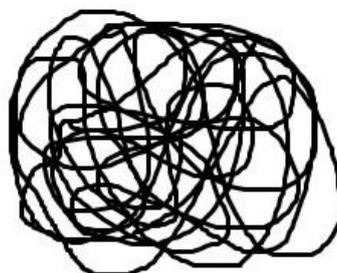
Os afetos já construídos anteriormente com a equipe, que me levaram inclusive a chamá-los de colegas, ainda precisariam ser sopesados de forma cautelosa, considerando que havia uma relação anterior de mais afetividade com alguns profissionais, e que minha interpretação poderia de alguma forma ser confundida pela existência dessas relações. Em que pese esse fato, logo que percebi a potencialidade dessas influências, realizei um exercício de reflexividade e optei por tomar nota de tudo, inclusive das minúcias e de minha reatividade nas cenas, para que quando resgatasse os diários fosse possível analisá-los de forma crítica, diga-se de passagem, imparcial frente a relação amistosa prévia com meus interlocutores.

Essa enfermeira, em especial, me ajuda muito, já a conhecia antes desde quando trabalhava na maternidade. Assim que retornei para fazer minha pesquisa, ela se interessou, me perguntou sobre, me avisa quando tem adolescente. Ela é uma excelente profissional, atenta, comprometida com todos, mas de repente ao vê-la ao lado de L., pensei *será se ela estava fazendo o atendimento dessa maneira porque eu estava ali, ou não?* A sensação que tenho é que sim. E ainda veio o questionamento, *por que as outras enfermeiras não as vejo atendendo dessa maneira?* (Notas de campo, jan. 2020).

Quando reflito sobre a feitura dessa pesquisa, imagino-a como emaranhados, mais precisamente, três emaranhados (Figura 2), um correspondente a mim como pesquisadora que se relaciona com os demais profissionais presentes na cena do parto, um segundo, que corresponde a mim como pesquisadora que se relaciona consigo mesma, e um terceiro que corresponde a mim e a minha relação com a adolescente e seu (sua) acompanhante. O primeiro tentei desembaraçar como descrevi acima, os demais tentarei mostrar a seguir. Destaco que embora tenha sejam três emaranhados podemos imaginá-los em um só, visto que se interconectavam de algum modo, como o que há de comum entre eles, a pesquisadora, *eu*.

²¹ VELHO, 1987.

Figura 2 – Representação gráfica do “Emaranhado”



Fonte: A autora, 2021.

O segundo emaranhado começou a se formar na preparação para ida ao primeiro dia de campo. Reunido o material, preparei o jaleco, crachá, pastas e prancheta, e fui à maternidade. Preciso ir vestida de pesquisadora, pensei. Os primeiros dias em campo, foram exaustivos, até a familiaridade com o método e com a pesquisa, seria um processo, estava ciente.

O “apetrecho” escolhido para me deixar mais à vontade naquele cenário foi o crachá, crachá da instituição de ensino, que me apresentava como aluna de doutorado, a priori imaginei que seria um verdadeiro abrir de portas, mas quem diria que até o crachá seria objeto de reflexão? Não desconsiderando a necessidade do uso do crachá, como um instrumento de identificação, até para a própria segurança, mas talvez não tivesse depositado tamanha responsabilidade naquele “simples” crachá.

Eu precisava demarcar um lugar, mas ao mesmo tempo, transitar em outros. Acionei as mais diversas estratégias para consolidar minha presença no campo como pesquisadora, realizando uma etnografia, e afirmava a mim mesma que fazia isso, pois um grande desafio que tive foi naturalizar para os profissionais ali presentes meu novo lugar, mas com o transcorrer do trabalho de campo, ficava cada vez mais claro que meu anseio maior era naturalizar esse lugar internamente.

Utilizava o crachá como objeto de identificação, mas não somente para as pessoas saberem meu papel na maternidade, mas para evocar a mim mesma meu novo papel. Há que se destacar que até para os profissionais o crachá fez-se notar, percebi isso quando um enfermeiro comentou “*Pra que usar esse crachá? Aqui não já conhecem você?*” Comentários como esse me incitavam a pensar em estratégias para consolidar meu papel, meu novo lugar, e confirmavam que estava seguindo um bom caminho, já que tinha atraído a atenção deles.

A vestimenta foi algo que pensei usar para rearranjar esse emaranhado de *Lívia pesquisadora versus Lívia enfermeira*. Desde a minha saída de casa, no primeiro dia de campo, pensei como deveria me vestir para que todos me percebessem pesquisadora, em que pese, não ter esse fardamento, pensei em usar o jaleco branco. Na experiência de Chazan (2005), ao usar o jaleco branco ela foi confundida com uma médica, o que revela o pertencimento do jaleco como símbolo dos profissionais médicos. Em minha experiência buscava algo que me identificasse como pesquisadora, e no primeiro momento que essa identificação viesse por parte da equipe, mas principalmente para que a todo instante eu lembrasse do meu papel, imaginei que estar usando o jaleco e o crachá, me faria ser notada diferente da equipe que costuma usar roupas próprias da instituição.

Apesar de alguma forma, essas estratégias terem sido positivas, elas me foram mais úteis e intencionais no começo do campo. Reitero que esses emaranhados foram extramuros, eles não se mantiveram somente no campo, mas em toda a pesquisa, no entanto conforme me inseria no campo, mais facilidade eu tinha de acionar uma ou outra estratégia. Com relação a vestimenta, por exemplo, inicialmente o jaleco branco, e de repente, o vestuário da própria instituição, porque à medida que as dinâmicas iam acontecendo eu buscava alternativas que me aproximassem mais dos ‘nativos’.

Semelhante à vestimenta, a ‘prancheta’ foi outro objeto ao qual me apeguei na intenção de demarcar minha posição de pesquisadora. Imaginava que transitar nos espaços da maternidade vestida de jaleco branco, com um crachá e uma prancheta na mão, *vestida de pesquisadora*, seria positivo para a pesquisa, para as pessoas me aceitarem de volta na instituição. Porém logo viria a perceber que o movimento seria o contrário, ficar cada vez mais imersa nos *settings*, naturalizar minha presença, e resolver meus imbróglis internamente, seria conforme Maia (2018), virar parte da mobília, e no meu caso, (re) integrar-me com o cotidiano.

Esse segundo emaranhado, além de tratar-se de uma questão interna, também apresenta uma interface com a relação junto à equipe, como eu ressaltai, todos estão interligados. Trago essa ressalva porque, esses objetos aos quais me apeguei, as estratégias que pensei, advém de uma busca por compreender-me pesquisadora, mas também para que os profissionais me vissem como tal. Muitas foram as convocações do campo que despertaram a *Lívia enfermeira*, por diversas vezes balizei essa interação com o campo, porque o *setting* me convocava, eu buscava me imiscuir, diluir minha presença nas cenas, mas desde a minha entrada em campo até a saída, esse hibridismo de papéis se manteve.

Além do campo, os profissionais, me liam como enfermeira, então por mais que eu houvesse me apegado a uma indumentária de pesquisadora, e buscasse vez ou outra lembrá-los

do meu novo papel, nas palavras de uma colega “*Ah! Gosto de você com a mão na massa*”, para eles eu não estava ali somente como pesquisadora, ainda que eu tenha esclarecido, explicado, sim, eles entenderam que eu estava realizando uma pesquisa, mas para eles um papel não excluía o outro e, assim, coube a mim realizar o exercício de, não negar esse hibridismo, mas equilibrá-lo.

Desde os primeiros dias observei que a equipe me percebia enfermeira, solicitavam minha ajuda como se contassem com mais uma integrante na equipe, não como uma obrigação, mas com tamanha espontaneidade, como se ainda fosse integrante da equipe. Algumas vezes, a equipe verbalizava, outras, o próprio campo, a situação exigia proatividade, ademais, as meninas passaram a convocar-me. Aos poucos consegui, equilibrar-me, o esforço em reverter essa dualidade, foi mais evidente no início do trabalho de campo, de modo que ao final do trabalho de campo, não conseguia enxergá-lo tendo ocorrido de outra maneira.

Não consegui dizer que não podia, não sei até quando as meninas (funcionárias) vão me confundir, a pesquisadora e a enfermeira; fiquei ali, ajudei... não achei ruim ajudar, pelo contrário, só fiquei apreensiva, *será se isso não estaria me desviando do meu foco?* mas daí a ter que falar poderia abalar minha relação com elas, tentarei me distanciar desse papel de enfermeira perante elas, mas de uma maneira que flua naturalmente. (Notas de campo, dez. 2019)

Resgatando os diários de campo, constatei o quanto contrapesar esse hibridismo de papéis depreendeu grande energia minha no início, e aos poucos foi esvaecendo. Não consegui anular um papel ou outro, e sim requisitá-los no momento devido, e contornando esses meandros, já não canalizava minha atenção para gerir essa relação, a observação, a entrevistas, as interações ocorreram, e em todos os momentos, esteve presente o binômio pesquisadora-enfermeira.

Outro emaranhado que eu precisei desembaraçar foi o da minha relação com as adolescentes e acompanhantes, mas especialmente com as primeiras. Não tive dificuldade em aproximar-me delas, a maior parte desses contatos foram amenos, o desafio era alinhar a leitura que elas faziam de mim, diferentemente do que aconteceu com os profissionais, estávamos nos conhecendo, mas senti que elas por vezes confundiram os papéis.

Estabelecer um vínculo com as adolescentes era necessário, eu as acompanharia no pré-parto, parto e pós-parto, não se resumiria ao consentimento em participar da pesquisa, mas em

aceitar compartilhar comigo aquela experiência. A vestimenta, a prancheta, o crachá, utilizei-os também para estreitar minha relação com as adolescentes, porém foi refinando minha postura e ganhando confiança com o método e segurança no campo, que essas relações se enlaçaram.

Malinowski (1991) explica que o informante, e aqui as chamo de interlocutoras, é menos e mais do que um objeto de estudo: menos, porque não é dele que se trata, mas de sua cultura; mais, porque é preciso conversar com ele, convencê-lo a colaborar, negociar posições e informações, aguardá-lo, entender o que ele diz e assim por diante. Para o autor, este foi um dos “problemas” que teve que enfrentar, estar diante de um objeto de estudo que dependia de informantes com vontade própria, situados em seu próprio lugar de vida.

Para mim, o fato de depender dos meus interlocutores, e em especial, das adolescentes para compreender o universo do parto para elas, não constituiu problema, mas na esteira de aproximar-se tive que atentar-me para ter cautela com essa *aproximação*, especialmente porque algumas estavam sozinhas no pré-parto, outras no parto, e receei que a emotividade pudesse de alguma forma afetar meu discernimento.

Alguns estudos ressaltam a relevância da relação de amizade entre o pesquisador e seus interlocutores para o desenvolvimento da pesquisa (BONET, 2004). Não cheguei a estabelecer uma relação de amizade com as adolescentes, mas certa emotividade que incitou em minha uma reflexão. Em outras etnografias, observou-se essa linha tênue entre as emoções e o contexto estudado, em algumas, por alguns momentos o pesquisador mais participava do que observava, mas nada que invalidasse o rigor da pesquisa, considerando que a descrição fora feita com base no mundo próprio do pesquisador (AREDES et al., 2017).

Favret-Saada (2005) propõe que o antropólogo se deixe afetar, durante o seu trabalho de campo, para melhor apreender a subjetividade da cultura pesquisada, mas afetos que não tem o sentido de emoções, e sim, o que afeta, atinge, modifica, aumentando ou diminuindo a potência do indivíduo. No meu encontro com as adolescentes, precisaria *deixar-me afetar*, sem procurar pesquisar, nem mesmo compreender e reter. E, em seguida, partir para a redação dos eventos vivenciados, que serviriam, mais tarde, a uma operação de conhecimento em busca da "pureza" do objeto pesquisado.

O campo foi me moldando, de modo que consegui conduzir essas relações com minhas interlocutoras, a exemplo do que aconteceu também com a equipe de profissionais, que denominei, colegas. Todos esses emaranhados foram se formando, devido a minha pouca aproximação com o método, e especialmente questões de formação e do meu próprio eu, mas creio tê-los desembaraçado ao longo de todo o trabalho de campo, com ajuda do próprio campo.

Foras as dinâmicas, as interações, as convocações do e no campo, que me possibilitaram tal desembaraço.

4.6 “ESTAR AQUI”: A ESCRITA

Durante toda a pesquisa, eu busquei pesar qual seria a etapa mais desafiadora. Sempre que iniciava uma etapa, julgava-a, *essa com certeza é a mais difícil*, no entanto fui observando que cada fase da pesquisa, resguardada sua complementaridade, apresenta suas peculiaridades, de modo que não é pertinente alocá-las em uma espécie de balança para ver a que se sobressai. Após o trabalho de campo, o ‘olhar’ e o ‘ouvir’, é chegada a hora de sentar-se no seu gabinete, e solitariamente, ‘escrever’ (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000).

A etapa da escrita abrange um processo complexo devido ao confronto de múltiplas subjetividades e constrangimentos políticos que fogem ao controle do pesquisador, que envolvem questões como o seu “distanciamento” e respeito ao “pacto etnográfico” firmado com seus interlocutores (CAPRARA; LANDIM, 2008). De posse de um compilado de dados dispostos em notas, nos diários, nas entrevistas transcritas, haveria agora de cozer todas essas informações, considerando a participação das vozes e significações dos meus interlocutores na construção do conhecimento, sem negar as minhas emoções.

Meu grande temor advinha do receio em colocar minhas emoções e sentimentos no texto, e com isso invisibilizar meus resultados, e/ou confundir aquele que empreendesse nessa leitura. Quando passeava pelas minhas notas de campo, comprovei o quanto estive presente e participei das cenas, e principalmente o quanto fui provocada, estava tudo ali, registrado nas notas, mas me perguntava até que ponto, ao escrever eu não escorregaria a ponto de falar de mim, e não de meu objeto.

Dias (2007) destaca que as produções literárias que visam mostrar os bastidores das pesquisas servem como barômetro para aquelas que ainda estão em curso, demonstram que inseguranças, incertezas, medos e todas as crises possíveis, cabem no universo acadêmico e não são incompatíveis com o profissionalismo. Ressalvas como a de Dias, e de outras etnografias que busquei, me fizeram perceber que alguns desassossegos diante das emotividades não eram exclusividade minha, outros pesquisadores também os provaram de forma semelhante.

Tem que meus emaranhados não houvessem se desfeito e aparecessem no momento da escrita, não os queria mais, esperava que eles estivessem se desembaraçado no final do trabalho de campo, e que estando aqui, eles emergissem de forma sutil, somente de modo a localizá-los, mas não que se fizessem presentes. Porém eles são a pesquisa, eles são método e resultado, não

haveria o ‘estar aqui’, sem tê-los construído e vice-versa, e eu como elemento comum entre eles.

Me inquietava que por vezes sentisse que minha formação interferisse na interpretação ou julgamento de alguma situação, sempre mobilizava essa questão internamente, junto aos meus orientadores. Por vezes presenciei cenas, práticas, e principalmente ouvia relatos que despertavam a Livia *enfermeira*, e ainda que houvesse apascentado esse dualismo de papéis, imaginava que não poderia trazer isso para o texto, mas assim como nossas escolhas não são “neutras”, nossas narrativas também não são.

Supervalorizar a relação estabelecida em campo ou o quanto as experiências vividas foram importantes para o crescimento pessoal, podem comprometer o trabalho por completo (DIAS, 2007). De fato, toda a experiência de campo, foi demasiadamente transformadora pra mim, daí a necessidade de trabalhar esses meandros internamente, não os negar, mas distanciá-los do texto, sob pena de incorrer na perda do trabalho etnográfico por um biográfico.

Conforme Aredes et al. (2017) colocar ou não todas as fissuras envolvidas na pesquisa (conflitos vivenciados em campo, emoções experimentadas, por exemplo) exige cautela do pesquisador para que a escrita não se limite ao seu ponto de vista. Eles sugerem o uso de um “filtro ético” na decisão de expor ou não situações comprometedoras sobre as quais os interlocutores não teriam ciência do seu uso, reforçando a noção de que a etnografia é sempre limítrofe. Confirmei essa circunscrição, especialmente ao retratar as práticas e alguns discursos ouvidos nas cenas, fiz uso de filtros pela exigência da ética, mesmo considerando relevantes para analisar meu objeto.

Existem alguns dilemas acerca da escrita etnográfica - uns implícitos, outros explícitos - inerentes ao percurso do trabalho de campo, que demandam prudência para serem retratados, visto que os interlocutores são mais do que entrevistados, são informantes de fato e têm total controle sobre a informação disponibilizada (STRATHERN, 2014). Nem todos os discursos e ações dos interlocutores, sobretudo dos profissionais foram explicitados, na escrita optei por ocultá-los, a fim de prevenir uma exposição desnecessária e/ou indesejada dos mesmos.

O texto etnográfico revela a interpretação de dois mundos, o que torna o método desafiador ao contemplar uma escrita que também envolve uma imaginação decorrente dos efeitos da própria pesquisa de campo (STRATHERN, 2014). Mesmo ‘estando aqui’, percebi, por meio dos diários, o quanto o campo tangenciava minha escrita, o quanto eram indissociáveis. A observação participante, se traduzida de forma estrita, é uma “fórmula paradoxal e enganosa” (CLIFFORD, 1998). Em certa medida falar sobre um outro mundo com

base no seu próprio mundo permite a dialética entre experiência e interpretação, e é sobre ela que se constrói o texto.

A escrita foi desafiadora, mas profícua. Julgo ter sido o que Dias (2007) denominou *mirongas*, a crítica ao modo de fazer sempre existirá, a escolha é sempre individual, mesmo quando somos aconselhados por amigos ou orientadores. Sem direções determinadas, é o acaso, o ir se fazendo. São elas que prevalecem ao final.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos procedimentos éticos, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí e foi aprovada com parecer CAAE nº 20117419.1.0000.5214 (ANEXO A)

Os acompanhantes foram orientados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F), e as adolescentes, o Termo de Assentimento Informado (TALE) (APÊNDICE G), bem como foram respeitados os preceitos éticos contidos na Resolução nº 510 de 2016 (BRASIL, 2016).

Foram garantidos, respeito, privacidade, confidencialidade das informações, e os sujeitos foram informados quanto a possibilidade de desistência a qualquer tempo. Foi garantido o sigilo dos participantes durante todas as fases da pesquisa, por isso, os nomes reais dos participantes foram trocados por nomes fictícios.

5 PRÁTICAS

Prática, segundo Aurélio (2010), é o ato ou efeito de praticar, pode ser ainda aquilo que é real, não é teórico, realidade (FERREIRA, 2010). De certo quando elaborei as minhas questões de pesquisa, estava buscando muito mais que a aplicação desses simples conceitos. Para identificar as práticas e compreender os julgamentos dos profissionais no contexto do parto de adolescentes, seria necessário participar desse universo novamente, em uma nova posição, (re) significar, algo que me era tão natural.

Desde a entrada em campo, foi possível me reinserir na prática assistencial às meninas em trabalho de parto. Lá estava eu, a observar e por vezes, praticar o cuidado no contexto do parto. Ainda que eu considere relevante as práticas de todos os profissionais envolvidos na assistência à menina prestes a parir, que incluem porteiros, recepcionistas, maqueiros, e toda a equipe de profissionais de saúde que ali se encontram, me deterei aos últimos, me propondo a refletir sua *práxis* de maneira mais aprofundada. Em *Vigiar e Punir*, Foucault compreende *práticas* como “lugares onde o que é dito e o que é feito, regras impostas e razões apresentadas, o planejado e o realizado que garante seu conhecimento e sua interconexão” (FOUCAULT, 1977, p.24).

As práticas de cuidado ofertadas pelos profissionais de saúde, ainda que voltadas a adolescentes, operam na mesma medida que para as mulheres que já vivenciaram essa fase. Com as meninas, as práticas de saúde se sustentam na lógica de dominação dos corpos, Foucault (1997) ressalta que tal qual soldados, os corpos das mulheres passaram, e passam, por uma calculada coação, constituindo-se em objetos de poder que se manipulam, se controlam, que obedecem e tornam-se hábeis ao funcionamento social.

Revisitando os diários de campo, ficam mais vívidas as lembranças de situações que saltavam aos olhos de como nós, profissionais de saúde, usamos de um poder para controlar as pessoas que assistimos, que seja a nosso favor, ou a favor da instituição, ou quem sabe, do sistema, fato é que o fazemos. Estive do “outro lado”, exercendo as práticas que agora me proponho problematizar, não o faço com intuito de auditá-las, nem tampouco julgá-las, mas de compreendê-las dentro de um contexto que embora histórico, e por vezes “arcaico” se mostra forte e pulsante ainda nos dias de hoje.

E essa percepção passou a ocorrer-me desde os primeiros dias em campo. As relações de poder entre profissionais e as meninas em trabalho de parto, as naturalizamos de modo que ações e práticas são executadas de forma “natural”, e para além das relações de poder, as práticas estão calcadas em paradigmas, modelos de atenção que oscilam desde o modelo mais

duro, tecnocrático até o “dito” mais humanizado. As aspas são oportunas visto que até mesmo o modelo humanizado de atenção ao parto vigente nos nossos serviços, muitas vezes não atende ao que se propõe.

Ainda que sejam indissociáveis as práticas, o modelo, os julgamentos, enfim todas essas “variáveis” que integram o contexto de assistência ao parto das meninas, tentarei analisá-los um a um, cosendo uma teia de elementos que permitam adentrar nesse universo de modo a compreender a inter-relação deles e a experiência de parto.

5.1 A CHEGADA DAS MENINAS

Ao chegarem na maternidade, as meninas são direcionadas à recepção, fazem a ficha de atendimento com dados pessoais, endereço... e então são encaminhadas ao acolhimento com classificação de risco²², onde são avaliadas por uma enfermeira a seguir são encaminhadas ao consultório médico onde são atendidas por um (a) obstetra. Esse primeiro momento que antecede a consulta médica é genérico, não há até aqui elementos que nos remetam alguma reflexividade sobre aspectos que impactem na experiência de parto das meninas.

Importante considerar que desde a chegada à maternidade, melhor dizendo desde os primeiros sinais de trabalho de parto, o percurso até a maternidade, a chegada, a recepção, o acolhimento... todos esses momentos e espaços estão repletos de significados, não se tratando apenas de espaços físicos, trajetos... nada escapa a subjetividade e singularidade desse momento, “*é chegada a hora*”, refiro-me então ao fato de ter percebido que aqueles momentos e passos iniciais, estão mais ligados a formalidades que são necessárias para o momento ímpar.

Não percebi, estando ali, no dia a dia, que o porteiro... a recepcionista prestassem serviços de forma “diferenciada” considerando a faixa etária da parturiente, é isso que destaco desses momentos iniciais, mas sempre que perguntava às meninas como tinha acontecido... quando pedia que fizessem uma retrospectiva, elas retomavam lembranças sobre aspectos mais formais, procedimentais, não se remetiam a pensar sobre algum diferencial, algo que viesse chamar atenção, alguma tratativa diferenciada por conta de suas idades, elas generalizavam, ou focavam em algum procedimento, mas não coloriam aquele momento, a chegada ao serviço, como se aquela fosse apenas uma etapa que precisariam passar, para então irem para o pré-parto esperar a chegada de seus bebês.

²² Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo técnico assistencial que permite a identificação das prioridades para atendimento segundo a necessidade de saúde/ gravidade/ risco ou vulnerabilidade de cada usuário, atentando ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, proporcionando, a atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2009; 2010).

“Fiquei zangada porque eu sofri demais...eu tava sentindo muita dor e não queriam tirar o bebê, o médico viu que eu não tava com condição de ter ele normal” (Maria Flor, 17 anos)

“Eu estranhei um pouco a parte do toque e tal...da sonda... porque eu nunca tinha passado por nenhuma cirurgia, mas meu atendimento da médica... fui super bem atendida, ela me explicou tudo direitinho, eu tava com meu esposo. Ela me atendeu direitinho, me explicou as coisas e até agora as enfermeiras são ótimas, gostei demais” (keyla, 17 anos)

As narrativas sobre os momentos vivenciados no decorrer do trabalho de parto e parto desencadeiam um desabafo íntimo e geram reflexões em quem fala e em quem escuta sobre os momentos, as pessoas envolvidas e as situações que raramente entram no esquecimento por serem divisor de águas e um momento de elaboração de práticas e representações, onde os sujeitos produzem e recebem cultura, sentimentos, modos de fazer e maneiras de ver (GOMES, 2019).

“...A gente chegou, aí minha mãe foi lá, falou com a moça da recepção, aí ela mandou a gente aguardar, a gente aguardou, aí a gente entrou pra sala, falamos com a enfermeira, ela perguntou o que eu tava sentindo, perguntou onde eu morava, e falou eu tava com 41 semanas e 1 dia ontem, que era pra mim ou tentar indução do parto ou tirar, mandou a gente voltar que ela ia chamar lá no painel. A gente aguardou, ela chamou a gente, e entramos lá no obstetra, aí ele perguntou o que a gente tava fazendo lá...” (Júlia, 15 anos)

Na entrevista de Júlia, quando conversávamos sobre os sinais de trabalho de parto e de como havia sido a chegada dela, mais precisamente de como tinha sido a recepção dela na maternidade, ela contou-me detalhadamente. Falava como se estivesse passando um filme em sua cabeça, o qual foi tão significativo, que conseguiria esmiuçar os mínimos detalhes, certamente que há uma conotação especial em todos os momentos e espaços pelos quais as meninas estiveram, é que Júlia, parecia gostar de contar com uma riqueza de detalhes sua estória, foi assim durante toda sua entrevista.

Nesses relatos ainda podemos perceber a importância dada pelas meninas aos aspectos mecânicos do atendimento dos profissionais de saúde, uma prática mecanizada, onde é esperado um “atendimento padrão”, as mulheres/meninas já estão habituadas a uma padronização da

assistência, a uma organização hierárquica, a uma autoridade e responsabilização do profissional, a certa alienação de si pelo profissional, características e práticas que são bem próprias de um modelo tecnocrático de assistência (DAVIS-FLOYD, 2001).

Após a avaliação da classificação de risco as meninas são encaminhadas ao consultório médico, onde são atendidas pelo (a) obstetra. Como estivessem seguindo um passo-a-passo, tudo soa muito burocrático até o momento que antecede a entrada do pré-parto. No consultório elas são atendidas e é nesse momento que o (a) obstetra ao colher sua história e examiná-la (fazer o procedimento de toque) determina se ela está em trabalho de parto para então ela dirigir-se à sala de pré-parto. Embora ainda remetidos às mecanicidades que citei, aqui existe uma situação que exige um aprofundamento maior, é o diagnóstico de trabalho de parto, é aquele momento que gera um turbilhão de sentimentos, esperado por umas, temido por outras.

O toque, sem dúvida, merece um destaque, aqui o coloco com duas conotações, o toque vaginal²³, sempre temido pelas parturientes e o toque (de pele, de acolhimento), sempre necessário e tão ausente. Observei que pouco foi falado do toque vaginal realizado no consultório, aquele que é feito no intuito de diagnosticar o trabalho de parto, a lembrança dele será bem mais forte quando feito na sala de pré-parto, talvez porque a ansiedade, o desejo de saber, confirmar que é chegada a hora, amenize o desconforto gerado por ele, especialmente pela ausência do segundo toque, o de acolher, explicar o procedimento, esperar o tempo da mulher.

Para algumas é uma experiência muito difícil, quando conversando com Gabriela, ela claramente externou sua dificuldade com esse momento,

“Fiquei preocupada, mas eu tinha mais era horror dos toques, esse era meu horror, eu não gostava de pisar aqui por causa disso, e quando era homem eu ficava com mais horror ainda, aí eu não gostava de pisar aqui” (Gabriela, 15 anos).

Ainda que não seja generalizável, é possível observar que para além do desconforto físico, a dor que é sentida pelo fato de que o colo e todo o canal vaginal estejam hiper sensíveis pelo aumento da vascularização e edema local e por toda uma resposta fisiológica, advém também de um desconhecimento, do medo, de uma invasão... de corpo, de intimidade... que

²³ Durante a gravidez, o colo do útero fica fechado. Para o bebê nascer, o colo precisa abrir até alcançar 10 cm, o que se chama de dilatação cervical. O toque vaginal fornece informações sobre a dilatação e a espessura do colo, e a posição da cabeça do bebê na bacia da mãe e faz parte da avaliação da evolução da mulher em trabalho de parto.

pode ser minimizada, se a paciente for orientada sobre o procedimento, se for realizado somente mediante aceite da mesma, condutas essas que, podem não isentá-la da dor do toque visto que tem um componente fisiológico, mas que amenizam.

Para compreender em que contexto se alicerça essa invasão “justificada” do corpo do outro, recorro a Meyer (2011) que afirma ser o corpo, falado, invadido, investigado e (re)significado por diversas áreas do conhecimento. O corpo pode ser considerado um epicentro de muitos processos que buscam formatar sua aparência, reconstruir suas falhas, redefinir ou potencializar suas funções e prolongar sua existência, ele é percebido, significado e vivido conflituosamente, de modo que as formas de vivê-lo abrangem os verbos “ser”, “ter”, “fazer”, “controlar” e “cuidar”. Dito de outra maneira, ele envolve disciplinamento, coerção.

Algo que fica claro para mim, agora com a minha experiência de pesquisa, vivenciando o parto sob outra perspectiva é a de que o sistema “nos cega” ou pelo menos tenta... Estive presente em muitas práticas... as exerci, algumas ajudei... outras assisti, o fato é que estando lá, as naturalizei de tal forma, que não via nelas problema algum, pelo contrário. Ainda que não tenha praticado, nem observado nenhuma prática “danosa” a nenhuma parturiente, independentemente de faixa etária, percebo hoje que nós, profissionais de saúde, inseridos em um modelo de assistência historicamente construído em um alicerce medicalizado, patologizante, exercemos nossas práticas e condutas a despeito do conhecimento e consentimento das mulheres, porque julgamos que sabemos o que estamos fazendo, que é o correto, o que *deve* ser feito e para o bem delas.

É vívida a lembrança de um momento em que estava acompanhando o trabalho de parto de Laís, observei atentamente a realização de um toque vaginal. Ela havia sido admitida no pré-parto no início do plantão noturno, era por volta das 19h, o plantonista que a internou, foi o mesmo que tinha atendido durante o plantão diurno, ele iria continuar no plantão a noite. Na admissão no pré-parto, recordo-me que foi feito um toque por esse obstetra, eu ajudei-a a posicionar-se para o exame, ele realizou o toque, não explicou, não orientou, disse apenas “*sete centímetros*”, e então saiu.

Os obstetras costumam ter uma divisão de horários no plantão noturno, geralmente permutam a cada 3 horas de serviço, então, o obstetra que fez a internação de Laís, por ter estado no plantão durante o dia e como “dobraria” o plantão, trocaria de horário com o (a) obstetra que chegasse para o plantão noturno, e assim foi feito. A obstetra que havia acabado de chegar para o plantão noturno, seria a primeira a atender naquela noite, consoante a lógica da permuta.

A obstetra ao entrar no pré-parto, havia passado aproximadamente 30 minutos da avaliação do obstetra que havia internado Laís, então ela perguntou há quanto tempo tinha sido a última avaliação e respondi: *30 minutos*, ela, *mesmo assim vou avaliar*, e fez o toque vaginal novamente. *“Você está perto, mas não está ajudando” “Olha, você vai parir, mas se ajudar vai ser rápido, se não, vai demorar”*, dizia a obstetra enquanto realizava o procedimento.

“...Ela faz faces de dor, a obstetra mantém os dedos no colo... *“vamos, quero ajudar você”*. Ela se incomoda, se retorce de dor. A obstetra, *“só estou lhe ajudando”*. A contração passa, ela fica ali aguardando a próxima. Nesse momento a obstetra ainda começa a massagear veementemente a barriga de L., ela tenta tirar a mão dela, reclama de dor, *“espera, tá doendo”*, a obstetra para. (Notas de Campo, jan, 2020)

Existem tantos elementos... tantos significados nessas poucas linhas que trago do meu diário, e o faço na tentativa de tornar o mais próximo da realidade que vivenciei, transcrever os sentimentos, inflexões e sensações que tive naquele momento... considero que ter acompanhado o trabalho de parto de Laís tenha proporcionado uma imensa reflexão pessoal e principalmente profissional para mim, e explico os porquês.

As permutas de horário de plantão, ainda que não sejam legitimadas em um documento... em um manual, são factíveis, porque claro que, em havendo um descanso ainda que pequeno, o corpo e a mente se restabelecem e então restaura-se o vigor para permanecer em atividade. Não estou problematizando permuta de horário, inclusive até o justifico como fiz anteriormente...não é esse o caso..., mas sim o fato de que, se a menina fora avaliada, tocada, houve ausculta de BCF, porque o fazer agora, 30 minutos após avaliação anterior? A Organização Mundial da Saúde recomenda que o número de toques vaginais deve ser limitado àquele estritamente necessário e que uma vez a cada quatro horas é suficiente (WHO, 1996).

Não quero aqui romantizar, descaracterizar as práticas, os procedimentos, não há como negar que o trabalho de parto é doloroso, é fisiológico, é real, muito menos que a despeito das dores, os profissionais não devam seguir uma série de procedimentos que fazem parte do assistir, nem tampouco considerar que então a médica não deveria realizar o toque, já que gera dor... ou ainda que devesse “chorar” e “sentir” a dor da parturiente.

Não se trata do procedimento isoladamente, mas das amenidades que um olhar sensível e uma escuta qualificada podem proporcionar. No estudo de Enderle et al. (2012), as próprias parturientes adolescentes reforçam o fato de não serem consultadas quanto aos procedimentos

que a equipe vai tomar em relação ao seu corpo e, tampouco, solicitar sua opinião e colaboração no processo de parir.

Outra questão que passou a me provocar durante a pesquisa, foi a “responsabilização”, aqui enquanto escrevo essas linhas, ao rever minhas notas de campo, ao me debruçar sobre as entrevistas, proponho esse nome para denominar os momentos em que ouvi, e foram muitos, frases como “você não está ajudando”, está demorando porque você não ajuda”, que foram e são ditas às mulheres em trabalho de parto, independentemente de sua idade, mas que podem ter um significado bem mais complexo em se tratando de uma adolescente.

Verifica-se aqui a noção de um corpo feminino defeituoso, independente de faixa etária, o que se observa é que várias mensagens e rituais buscam consolidar a hegemonia da tecnologia, em detrimento da natureza do parto e do corpo. O próprio uso da camisola, o uso de números e leitos para denominar as parturientes, a imposição de raspagem dos pelos pubianos, seriam para demarcar uma ideia de infantilização das mulheres e de que assim sendo, não teriam capacidade de decidir o melhor pra si, o toque rotineiro, deliberado, expressaria um não-pertencimento de si, de seu próprio corpo (DAVIS-FLOYD, 2009).

Faz necessário desmistificar que a gravidez, por conseguinte, o parto na adolescência, sejam sempre considerados de alto risco obstétrico. Costuma-se relacionar gravidez na adolescência com maior incidência de alguns agravos como doença hipertensiva específica da gravidez, prematuridade e baixo peso, entre outros, no entanto sabe-se que o risco gestacional é multifatorial, estando relacionado a aspectos clínicos, obstétricos, culturais e socioeconômicos. Estudos que analisam isoladamente a variável idade com o risco da gravidez na adolescência demonstram que adolescentes com idades inferiores a 15 anos podem estar relacionados a um maior risco, o que nos leva a relativizar o conceito hegemônico de que gravidez/parto na adolescência seria sempre um risco (BOUZAS; MIRANDA, 2004).

Inicialmente no consultório médico, em seguida, sala de pré-parto, claro que, sem dúvidas, a passagem pelo consultório médico marca a memória da menina que vai parir, existe ali toda uma expectativa, como se fosse um encontro marcado, um momento de decisão... ali estão o (a) obstetra, a menina grávida e um acompanhante, às vezes a mãe, uma tia, a “madrasta”, a sogra, o parceiro... tão logo saia o diagnóstico: Trabalho de parto, são encaminhadas à sala de pré-parto.

Ainda que tenha percorrido todos os espaços e realizado junto com as meninas o mesmo fluxo, com certeza, a sala de pré-parto e o centro cirúrgico foram os *settings* mais importantes, onde eu permaneci mais tempo, e tendo permanecido mais tempo, foi onde interagi mais, onde me aproximei mais, foram os locais mais provocativos, onde as emoções se afloravam, tanto

minhas, quanto das meninas, onde as práticas lá exercidas, tão conhecidas, e rotineiras pra mim, tomaram outras conotações, despertaram-me tantas inquietações, e por isso, estaciono um pouco no pré-parto, em busca de compreender a peculiaridade desse local.

Quando a parturiente adentra ao pré-parto ela é tomada de uma série de sensações, de sentimentos, “o medo” talvez seja um dos mais sentidos naqueles primeiros momentos, aquele medo, próprio do desconhecido, que advém de todas as mudanças e de toda a dinâmica do trabalho de parto, de estarem em um lugar diferente, com pessoas diferentes, de estarem vivendo o novo.

“Foi meio confuso porque eu não sabia de nada, quando eu entrei na sala de pré-parto eu fiquei com um pouco de medo” (Gabriela, 15 anos).

“Estou com medo” (Júlia, 15 anos).

As meninas verbalizam o medo que sentiam ao adentrar ao pré-parto, claro que não pelo lugar em si, mas por saberem que estar ali era uma chancela que comprovava que elas estavam em trabalho de parto, e que viriam as contrações, as dores e o tão esperado momento, mas nem só verbalmente sinalizavam o que estavam sentindo, isso ficou claro pra mim, e por diversas vezes tomei nota das expressões não-verbais que observei, da linguagem corporal, das mãos trêmulas, das pernas inquietas, do roer de unhas e também dos silêncios, estando ali ao lado delas foi possível perceber a turbulência de sensações que tomava de conta delas.

Acredito que o medo relatado, ocorra em grande parte pelo desconhecimento, por não saberem o que está e irá acontecer, pelo fato de que, por mais que tenham ouvido falar sobre, e há as que nunca nem ouviram falar, estão agora por vivenciar um trabalho de parto e que muitas nem sabem do que se trata. Isso poderia ser atenuado caso os profissionais de saúde discutissem, orientassem as parturientes quanto aos procedimentos e principalmente quanto as alterações que irão ocorrer.

Percebi que, em se tratando de adolescente, orienta-se menos, discute-se menos, pouco é explicado sobre as mudanças e sobre os procedimentos a serem realizados, o que soa como se o profissional ocupasse um lugar de poder, ocupasse não, ele ocupa, mas como se justificasse tal postura como que, é o “responsável”, sabe o que está fazendo, a menina é uma adolescente, não sabe o que é melhor, então, por que motivo discutir procedimentos?!

Claro que diversas vezes os profissionais buscaram acolher e orientar as meninas sobre os procedimentos que precisariam ser realizados como podemos observar,

“...aí fui internada, fui com uns papeis lá ser internada, aí o médico me induziu...disse que ia induzir o parto porque eu não tava sentindo dor, nem nada... aí botou um comprimido em mim” (Maria Flor, 17 anos).

“... mas meu atendimento da médica...fui super bem atendida, ela me explicou tudo direitinho, eu tava com meu esposo. Ela me atendeu direitinho, me explicou as coisas, gostei demais” (Keyla, 17 anos).

Até aquele momento não havia refletido sobre tamanha importância de orientar e informar bem as parturientes, sobretudo as meninas. O que muitas delas queriam não era uma aula sobre o trabalho de parto, mas compreender se era “normal” tudo aquilo que estavam sentindo, se as dores, todas as transformações que estavam acontecendo eram de se esperar. De uma informação compreendida, só decorrem aspectos positivos, a parturiente ainda que, com dores, estando mais tranquila, tem maiores condições de contribuir para a evolução do trabalho de parto.

Por vezes me peguei explicando para as meninas como acontecia o trabalho de parto, à medida que conversava com elas sobre as questões relativas ao trabalho de parto, indução, como acontecia cada etapa do trabalho de parto, elas iam se tranquilizando, e aos poucos estabelecia-se uma relação de empatia e confiança. Não se tratava de uma relação de troca, mas em outros tempos, atuando ali como enfermeira, ainda que frequentemente, tenha aliado o cuidado e a orientação sempre nas minhas práticas, agora como “espectadora” compreendia mais ainda a relevância de fazê-lo.

Uma prática de extrema relevância dos profissionais de saúde, sem dúvida, é a instrumentalização das parturientes por meio da informação, de modo a permitir que a parturiente possa fazer opções, tenha a liberdade de escolher ou recusar procedimentos relacionados a seu corpo, sendo essa escolha pertinente e convergente ao seu bem-estar. O direito de decidir e opinar adequadamente deixa de existir se a informação não for fornecida ou não tiver qualidade, os profissionais de saúde, em uma postura tutelar, muitas vezes, julgando saberem o melhor para as parturientes, não se sensibilizam a informar, orientar (ENDERLE et al, 2012).

O desinteresse dos profissionais de saúde em informar e transmitir conhecimento aos pacientes, às mulheres em trabalho de parto, pode decorrer do fato de que estes tendo mais conhecimento podem tornar-se mais críticos, exigentes, o que levaria o profissional a perder o

poder de tomar decisões sozinho, sem considerar as escolhas e opiniões, e além do que correriam mais risco de serem mais cobrados em sua prática diária.

Segundo a Lei 11.108 de 2005, ou Lei do acompanhante, toda mulher grávida tem o direito de ser acompanhada durante o pré-parto, parto e pós-parto, sendo a escolha dessa pessoa a critério da parturiente e devendo, portanto, ser respeitada (BRASIL, 2005). Não poderia deixar de falar sobre essa prática, pelos aspectos legais que emergem dessa discussão, mas principalmente pelas repercussões advindas da não obediência à lei, sobretudo para as parturientes, e principalmente no caso das meninas. Poderia ter começado falando sobre os acompanhantes, visto que subentende-se que as meninas estejam acompanhadas durante todo o trabalho de parto/parto e que desde a entrada no serviço já estejam acompanhadas, mas explico o porquê de não ter feito assim.

De fato, as meninas quando chegavam à Maternidade sempre estavam acompanhadas, eram as mães, os companheiros, as irmãs, as sogras, as amigas, era alguém que elas haviam escolhido com todo carinho, para vivenciarem aquele momento com elas. Vale destacar que, para o atendimento no consultório do obstetra, lá no momento da admissão, é imprescindível que a menina esteja acompanhada, de modo que caso não esteja, o atendimento demore tempo necessário para que alguém possa acompanhar o atendimento.

O Código de Ética Médica e o Estatuto da Criança e do Adolescente ressaltam os princípios éticos no atendimento a adolescentes nos serviços de saúde principalmente no tocante à privacidade, caracterizada pela não permissão de outrem no espaço da consulta; confidencialidade, acordo entre profissional da saúde e adolescente de que as informações discutidas durante e após a consulta não poderão ser passadas aos responsáveis sem a sua permissão; sigilo, e autonomia (BRASIL, 1990).

Quanto a esses princípios não observei nenhuma particularidade, objeção, o que percebi era que os (as) obstetras buscavam sempre uma pessoa no consultório com a adolescente no momento do atendimento, por medida de segurança próprios, como uma proteção, quanto à possibilidade de alguma paciente julgar de forma errônea algo dito ou algum procedimento realizado pelo profissional.

Relembro-me bem de várias vezes ter sido chamada ao consultório médico quando havia uma gestante para ser atendida e que não estivesse acompanhada, no caso de ser adolescente, verifica-se um cuidado reforçado devido a implicações éticas. No entanto, o que almejo resgatando essas memórias é refletir sobre o fato de que quando as meninas são internadas e direcionadas ao pré-parto, muitas vezes o fazem sem acompanhante.

Por várias vezes quando encontrava as meninas no pré-parto desacompanhadas e durante as entrevistas quando perguntava sobre o acompanhante, elas justificavam o porquê de não estarem acompanhadas.

“Minha mãe ainda está vindo, meu esposo ficou lá fora, ele não pôde entrar, disseram que só podia entrar mulher e a única mulher que tem na minha família ela tem um bebezinho recém-nascido, então ela não pôde ficar...”
(Keyla, 17 anos).

“Tinha acompanhante desde a hora que cheguei, minha mãe”. (Júlia, 15 anos).

“Dona Maria, acompanhante de Laís, pergunta à enfermeira se o esposo pode entrar e ficar um pouco com ela... a enfermeira de plantão, numa postura empática, acolhedora, se aproxima pergunta se ela quer que o companheiro entre um pouco... no pré-parto somente LGML, o companheiro é autorizado a entrar...” (notas de campo, jan, 2020).

Desses relatos, e da minha vivência em campo, pude depreender a importância de problematizar a questão do acompanhante no trabalho de parto e todas as suas implicações para esse contexto, sobretudo para a adolescente. Como é sabido e já mencionado, é um direito, garantido a todas as parturientes, independente de faixa etária, mas, indubitavelmente toma novos contornos em se tratando de adolescentes.

Julgo ser a questão de acompanhante, um movimento dos profissionais de saúde, como em um jogo, em que movemos as peças de modo favorável a atingir um objetivo, acredito que assim, façamos também com os acompanhantes, o que se observa, por exemplo, quando exigimos a presença do acompanhante no consultório médico, quando se fazem imprescindíveis, já que para a nossa “segurança” é importante que a menina esteja acompanhada no momento do atendimento.

Quando a menina era então encaminhada para a sala de pré-parto, aí surgiam algumas particularidades, o que determinaria se ela teria acompanhante no trabalho de parto era o sexo do acompanhante escolhido, ou seja, caso a menina tivesse escolhido com acompanhante seu pai, ou mais comumente, seu parceiro, lá no pré-parto era sugerido a ela que ou permanecesse sem acompanhante, ou contactasse alguma acompanhante *mulher*.

Existe uma diferenciação no padrão dos acompanhantes a depender do tipo de serviço, se público ou privado, observa-se que ainda há uma preponderância de mulheres na cena do parto, corroborando com a ideia de parto como evento feminino, no entanto, ainda de que maneira incipiente, e que nem sempre o acompanhante do sexo masculino consiga estar presente de forma integral no trabalho de parto/parto, observamos que somente o fato de vermos eles transitando nesses espaços constitui um indício das transformações em curso nas construções de gênero, sinalizando uma mudança nos valores em relação a esse evento, o qual não é mais percebido pela maioria das pessoas como 'coisa de mulher' (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002).

A sala de pré-parto, no momento não dispõe de cortinas, ou anteparos que promovam privacidade, essa foi a justificativa utilizada para responder a todas as meninas que haviam escolhido o companheiro como acompanhante, a exceção foi Laís que ficou acompanhada pelo companheiro pelo fato de estar sozinha no pré-parto, o que não geraria constrangimentos.

Considero plausível que, para preservarmos a privacidade das meninas em um momento tão singular, lancemos mão de todas as estratégias possíveis para garantir seus direitos, conforto e segurança, no entanto quando colocamos condições para que lhes seja assegurado o que lhes é de direito, além de infringirmos a lei, promovemos ambiente de insegurança e insatisfação. A ausência das cortinas dificulta o acesso de acompanhantes do sexo masculino, em um ambiente hegemonicamente feminino, no entanto não se movimentar diante dessa realidade também pode ter um significado... será se não é conveniente que continue sem as cortinas?! Deixo a indagação porque ela me provocou durante toda a pesquisa.

Em outros estudos, também lançaram mão de não cumprir a legislação, alegando a infraestrutura física inadequada, o que não favorece a privacidade das parturientes e a presença de acompanhantes. As limitações do espaço físico são fatores que dificultam a implantação dessas rotinas nos centros obstétricos, uma vez que as mulheres em trabalho de parto permanecem em uma mesma sala, a inserção do acompanhante se torna dificultada ou, muitas vezes, impedida como forma de assegurar a privacidade das mulheres internadas em unidades com limitado espaço físico. No entanto, acreditamos que não se pode deixar de efetivar algo que está previsto na legislação; os profissionais, o sistema, os gestores precisam operacionalizar seus serviços de forma a dar cumprimento à lei (CARVALHO et al., 2012; MCCALLUM; REIS, 2006).

Grande parte das meninas escolheram a mãe como acompanhante, outras as sogras, de modo que, o que se observa é que elas optam pelas mulheres, mas não renunciam a presença de seus companheiros. Efetivamente as acompanhantes que lá estavam exerceram um papel

relevante, não somente o apoio emocional que elas oferecem às parturientes, mas o ambiente de segurança que se forma no entorno. Muitas vezes, observava que os profissionais nem sempre se faziam tão sensíveis à presença das acompanhantes, quer seja porque era mais uma pessoa a ser conduzida naquele contexto, quanto pelas perguntas, interpelações, mas é inegável que sem as acompanhantes o trabalho de parto torna-se mais intrincado.

Ainda no que tange às práticas realizadas no pré-parto, a oferta de métodos não-farmacológicos para alívio da dor denota grande destaque. São diversos os benefícios advindos desses métodos, que vão desde o alívio da dor até a aceleração da evolução do trabalho de parto, e não devem ser pensados a partir da faixa etária das parturientes, sendo, portanto, ideais para todas as mulheres, mas considerando a fisiologia do corpo da adolescente, os aspectos emocionais, a ausência de conhecimento prévio, principalmente no caso das primíparas, se apresentam como primordiais no contexto do parto das adolescentes.

Faz parte das boas práticas de parto e nascimento a oferta de métodos não-farmacológicos para alívio da dor, e desde quando se iniciaram estudos acerca destes, e foram comprovados os seus benefícios, numa perspectiva de humanização do parto e nascimento, as instituições têm investido e incentivado o uso destes nas práticas assistenciais, entretanto me proponho refletir sobre duas nuances que observei ao acompanhar o trabalho de parto das meninas, a incipiência da oferta e a “compulsoriedade” do uso.

“...a obstetra orienta que ela mantenha a posição vertical, de cócoras no próprio leito. (Penso, a mesma médica que agia contra a vontade da moça, é a mesma que orienta posição vertical, o que tendo em vista o contexto e cenário no qual estamos soa no mínimo como um paradoxo, sem falar que até agora nenhum obstetra orientou verticalização com as meninas que acompanhei.)
(Notas de campo, jan, 2020).

De modo geral, em todos os momentos que estive presente, raríssimas vezes foram ofertados métodos não farmacológicos para alívio da dor por parte dos profissionais ali presentes. Em contrapartida, eu os ofereci deliberadamente. Por isso, chamei de “compulsoriedade da oferta”, estando ali, ao lado delas, vendo-as com as dores, com as contrações, muitas vezes não conseguir manter uma posição de neutralidade, de observadora e então oferecia os métodos, convidava-as a caminhar, oferecia massagem na região lombar, queria de alguma forma colaborar, sabia como usar os métodos, queria utilizá-los, mas daí que nem

todas as parturientes se sentem confortáveis para o uso desses métodos, por mais simples que possam ser,

“Perguntei se ela queria andar um pouco. “Não”. *Quer que eu faça uma massagem?* Balançou a cabeça com sinal de negativo. Tainá ficava calada, depois queixava-se de dor, levantava-se, deitava-se. Eu oferecia massagem, ela negava. *“Aumenta a dor com a massagem”*. (Notas de campo, dez, 2019)

Com a insurgência dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, nós incutimos a ideia de que somos “obrigados” a ofertar os métodos, é quase que como uma obrigação, *ah! Se eu não fizer, que tipo de enfermeira obstetra sou eu?! Por vezes automatizamos e queremos fazer deliberadamente, e esquecemos que para além da indicação do tipo de método e o período do trabalho de parto, o primeiro passo é saber se a parturiente o deseja. Pode acontecer de simplesmente a parturiente não desejar, e isso precisa ser visto com naturalidade, as vezes ela pode querer viver seu trabalho de parto, da sua maneira, sem ninguém a tocando, sem conversar, no silêncio. Simplesmente.*

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor são incentivados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em suas recomendações para o atendimento ao parto normal e são classificados como "condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas", sendo, portanto, estratégias utilizadas no Trabalho de parto para aumentar a tolerância à dor (WHO, 1996). De uso e benefícios comprovados, exigem do profissional conhecimento sobre seus métodos de ação, e principalmente sensibilidade para o uso, considerando assim, o critério primordial, que é a orientação sobre o método e o desejo da parturiente. Esse aspecto gerou em mim grande reflexividade, ainda que tenha tentado “a qualquer custo” oferecer métodos para alívio da dor, imediatamente percebi, que precisaria relativizar essa prática, antes de implementá-la.

Foi no momento do parto, normal ou cesárea, que ficara evidente pra mim a relevância de meu objeto de estudo, não que desde seu processo de construção, eu já não soubesse da tamanha importância e por isso o tenha construído, mas principalmente porque ter acompanhado e vivido os partos das e com as meninas, foi decisivo para que problematizasse e compreendesse melhor as práticas que se circunscrevem a esse momento.

Cada menina que acompanhei, cada parto foi único, os detalhes, as emoções, a corporalidade, as interações, tudo adquiriu uma intensidade que antes eu não observava. Não consegui acompanhar o parto de todas as meninas que participaram da pesquisa, algumas pude

acompanhar desde a admissão até o pós-parto, outras pude acompanhar o pré-parto e pós-parto, mas independente dos estágios que pude acompanhar, as entrevistas corroboram ser o parto o momento mais singular.

5.2 DAS ESCOLHAS QUE NÃO SÃO MINHAS...

Compreender as práticas que se apresentam no contexto do parto das adolescentes, exige que pensemos o parto não só com um ato mecânico pelo qual haverá o nascimento de um bebê, mas o pensemos culturalmente, como ele é imaginado, visto, idealizado pelas meninas.

Todas as meninas com as quais interagi, tinham um imaginário sobre o parto, ao conversar com elas, observei que a ideia de parto que elas tinham havia sido construída pela influência cultural, na maioria das vezes da família, das mães, irmãs, mas também de amigas, algumas vezes de fontes como internet, filmes, programas de TV. Percebi ainda que muito desse imaginário era rompido quando elas estavam ali, no pré-parto, sentindo as dores, prestes a parirem.

“...me falaram muitas coisas, quando disseram que não era pra ter normal, como se eu fosse ter normal, ia doer muito, eu ia chorar, que era isso... que ia rasgar o meu negócio..., essas coisas... aí eu ficava com medo, muito medo, de ter normal. Mas eu tinha que enfrentar, né? Que se eu tivesse normal ela tinha que sair de um jeito ou de outro, aí eu fiquei com um pouco de medo mais por conta disso” (Gabriela, 15 anos).

Gabriela não teve parto normal, apesar de em sua fala percebermos que ela o menciona, e não fala sobre a cesárea. Trouxe esse relato para ratificar a importância da cultura como influenciadora na escolha da via, e nas expectativas e percepções da parturiente sobre o parto. No relato da adolescente observamos o que Rocha e Ferreira (2020) chamam de rechaço ao parto normal, especialmente quando a jovem fala das repercussões relacionadas ao corpo, demonstrando que para algumas pessoas, o parto normal é um evento incontrolável, sangrento, doloroso, arriscado.

Muitas mulheres referem não se sentir capazes de parir naturalmente, elencando restrições corporais, como força física, tolerância à dor, altura ou tamanho do quadril como determinantes (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015). De modo que a cesárea surgiria como

a solução de todos os problemas, como a via mais segura de nascer (ROCHA; FERREIRA, 2020). Percebemos isso na fala de Marina,

“Eu pensava que não ia ter normal, todos falavam que eu não ia ter força, nem nada... aí nos meus exames deu anemia, mas me passaram remédio. As pessoas falavam que eu não ia ter normal por causa da anemia, porque eu sou magrinha demais, mas eu pensava que ia dar certo.” (Marina, 14 anos)

Ainda sobre a via de parto, uma parte das meninas verbalizava que queria ter parto normal, outra parte desejava cesárea, na maioria das vezes por influência, especialmente de familiares, e muito raramente por conhecerem as particularidades de cada tipo de parto, de modo que a decisão era hegemonicamente médica, sendo as meninas somente informadas sobre qual seria a via de parto, com elas não era compartilhado as especificidades de cada via.

“Enquanto estava ali, o médico chegou “seu trabalho de parto está muito arrastado, vamos lhe operar”. Nesse instante ela sorri, “eu sabia...lá em casa ninguém tem parto normal”. (Notas de campo, dez, 2019).

Algumas pesquisas apontam que a maioria das mulheres apresenta preferência a uma via de parto - seja vaginal ou cirúrgica -, porém, conformam-se quando o parto não acontece como esperado, comprovando que elas não participaram ou não se sentem ativas/respeitadas na escolha da sua via de parto, quando se trata de adolescentes, isso se torna ainda mais evidente (PIRES et al, 2010; OLIVEIRA; PENNA, 2018).

“Fiquei zangada porque eu sofri demais...eu tava sentindo muita dor e não queriam tirar o bebê, o médico viu que eu não tava com condição de ter ele normal.” (Maria Flor, 17 anos)

Maria já havia decidido, queria ter uma cesárea, desde sua entrada no pré-parto havia verbalizado que queria ter parto cesárea, falava que em sua família nenhuma das mulheres conseguiam parir, e declarou veementemente sua escolha pela cesariana, mas ela pouco argumentou sobre o porquê de sua escolha, apenas destacou a “incapacidade” de as mulheres de sua família parirem. Fato semelhante ocorreu no estudo de Oliveira e Penna (2018), que concluiu que, apesar de algumas mulheres assumirem a cesárea como escolha inicial, elas não

estavam sendo orientadas das vantagens e desvantagens da via de parto adequadamente e não estão conscientes dos riscos e outras implicações da cirurgia.

Sabe-se que o parto normal é o mais indicado, por diversos fatores, os quais citá-los aqui, nos exigiria muito fôlego, porque de fato são muitos os motivos que levam o parto normal a ser o ideal na maioria dos casos, sendo desse modo a cesárea a opção para os casos em que não se possível proceder com um parto normal, nas maternidades públicas, observamos que o parto normal é o predominante, no entanto, conforme as pesquisas apontam, somos campeões em cesárea, essa dicotomia é fácil de se verificar no dia-a-dia das maternidades públicas. Senão, vejamos.

A não ser que haja uma indicação clínica, espera-se que seja mantida a assistência a um parto normal, sendo a cesárea considerada, quando esgotadas as possibilidades de parto normal. Algumas meninas deram entrada na maternidade com ausência de dor, porém com idade gestacional de 41 semanas, o que é um critério para internação e indução do trabalho de parto²⁴. Considero que, ainda que estejam seguindo o que orientam os protocolos, é uma forma de resistir a imperatividade da cesárea, visto que, em um passado ainda recente, o simples fato de estar com 41 semanas já seria mandatório para realização do parto cirúrgico.

Com relação à prática de indução do trabalho de parto, o ponto que destaco é que se explicava o procedimento de forma muito superficial, de modo que quando perguntava a elas sobre o procedimento, ou sobre como tinham sido orientadas, elas não sabiam ao certo do que se tratava, falavam em uma medicação de tinha sido colocada na vagina e percebia nelas uma certa ansiedade, questionavam sobre o tempo, sobre as dores, sobre quando saberiam se estaria na hora. Muitas vezes eu tentei responder a esses questionamentos, sempre tentando conter meu ímpeto de adentrar demais, e de alguma forma mudar o foco, mas o fazia pelo menos para incitar um ambiente de empatia e cordialidade.

Mas recordo bem, e tomei nota de algumas vezes em que presenciei o (a) obstetra explicar todo o procedimento que seria realizado, e amenizar toda a ansiedade das meninas quanto ao que aconteceria. Do tipo de parto, das escolhas, que nem sempre são escolhas, das indicações que algumas vezes se assemelham a conveniência, destaco um episódio que gerou um momento de reflexividade em mim. Foi no trabalho de parto de Gabriela, 15 anos, ela havia sido admita com 2cm de dilatação, magrinha, pequena, olhos chorosos, postura de insegurança,

²⁴ A indução do parto consiste em estimular artificialmente as contrações uterinas antes de seu início espontâneo, levando ao desencadeamento do trabalho de parto. Esta prática é recomendada para mulheres a partir da 22ª semana de gestação com o objetivo de promover o parto vaginal quando a continuação da gravidez significa risco materno-fetal maior do que a sua interrupção. Na maternidade, cenário deste estudo, o método mais utilizado é o farmacológico, com a inserção de prostaglandinas via vaginal.

a encontrei e veio em mim aquele pensamento... *“tão nova, já sentindo tantas dores”*, confesso que foi o que veio à mente logo que a vi, tão logo me políciei, e tentei desconstruir esse pensamento.

Gabriela, que estava ao lado da mãe, chorava, chorava copiosamente, estava trêmula, inquieta... *“Mãe, eu não vou aguentar, isso tem que acabar”*. A mãe a consolava, acalentava, e a mim, estando ali, presenciando aquela cena, só restou oferecer palavras positivas e perguntar se ela queria ajuda pra deambular, ou algo semelhante. Foi quando a médica entrou na sala para avaliá-la, e realizou o toque vaginal. Gabriela seguia aos prantos. Queixava-se de dor. A médica então a tranquilizou e indicou a cesárea. *“vou indicar cesárea por causa de seu sofrimento, mas não havia necessidade de cesárea”*. Me aproximei em seguida, e a mãe disse *“Não entendi porque vai ser cesariana”*.

Foi justamente a indicação proferida pela obstetra que me provocou. O que na avaliação dela teria levado a essa indicação? Eu, inquieta, indaguei-a quanto ao porquê da indicação, não sei se agi de forma correta, mas meu ímpeto foi arguir, como se estivesse em uma posição de profissional de saúde ali acompanhando a adolescente. Fato é que ela prontamente me respondeu, *“parada de progressão, parto arrastado...”*, então tentei de alguma forma explicar para a menina e sua acompanhante o porquê de a obstetra ter optado pela cesárea, ainda que houvesse ficado confuso e ressoando pra mim, *“...por causa de seu sofrimento”*.

Logo me pareceu que a obstetra havia sentido o mesmo que eu quando vi Gabriela sentindo as dores, chorando copiosamente, clamando ajuda da mãe dela, que ela parecia uma menina, ainda indefesa, pra estar passando por aquele momento, e nesse sentido optou por uma cesárea, talvez para amenizar as dores, talvez para acelerar o processo, ou até mesmo por essa possível parada de progressão, mas ela optou por chamar de sofrimento. Na verdade, possivelmente ela julgasse ser o procedimento correto, mas com a fisiologia, e todas as condições de a menina parir, e pelo fato de terem-na admitido precocemente, ela optou pela cirurgia, mas preferiu imputar a própria menina a causa de fazê-lo.

Observa-se que na perspectiva do médico, a assistência ao parto vai além do saber técnico e envolve questões imprevisíveis, que fogem à regra dos protocolos das instituições, talvez a obstetra tenha buscado de alguma forma amenizar as dores da adolescente, ou ‘apressar’ o processo, mas o que se vê é que a escolha da via de parto é vai além do desejo por parte das mulheres, depende de acesso às orientações durante o período pré-natal, envolve aspectos familiares e culturais e de como esses fatores articulam-se entre si (OLIVEIRA; PENNA, 2018; FREIRE et al., 2011).

Existe uma busca por meios e recursos que suavizem o parto, para que ele se torne mais rápido, para que tenha menos incômodos e transtornos que lhe são característicos. Desde o início do século XX, observa-se que o parto, por sua “natureza longa e cansativa”, considerado uma atividade fisiológica *sui generis* que, mesmo estando dentro dos “limites da mais estrita normalidade”, submeteria a mulher a sofrimentos e traumatismos não desprezíveis, precisa ser controlado, e é este controle que podemos observar na obstetra que atendeu Gabriela, o parto, sujeito a tantas e tão frequentes complicações constituiria, por si só, um risco (SILVA et al., 2019).

Outro ponto que se destaca é o fato de as meninas terem um desejo de terem um parto normal e ao iniciarem o trabalho de parto com seus incômodos, suas dores intensas mudarem de ideia, e clamarem por uma cesárea, mas isso não acontece só com as meninas, isso já é bem frequente nas rotinas de sala de pré-parto, muito provavelmente essa mudança decorra do fato de que enquanto gestantes não são orientadas, não conversam sobre como ocorre todo o processo, o que as levam a mudar de ideia quando se deparam com toda a intensidade de um trabalho de parto.

“Eu fiquei com medo porque eu tinha quase certeza que era cesariana, mas várias pessoas falaram que cesáreo é mais complicado que parto normal, mas eu tinha que vir de qualquer jeito, né? Aí quando eu vim pra sala de PP que eles deram remédio, eu fiquei mais confiante que podia ter normal, mas na hora que comecei a sentir a dor...e não sabia o que eu queria se era normal ou cesariana, porque era muita dor”. (Maria Clara, 19 anos).

Maria Clara estava em indução de parto com uso de misoprostol, quando conservava com ela percebi que ela pouco sabia sobre o porquê e como funcionava o medicamento, ainda que possa para alguns tratar-se de uma informação não relevante para as parturientes, observamos que elas ficam ansiosas por entenderem como saberão se o medicamento está fazendo efeito ou não. Na fala de Maria Clara podemos perceber que apesar de cogitarem uma via de parto, a dor emerge como um fator determinante para uma mudança de escolha.

O que se observa é que, muito embora, muitas mulheres escolham a cesárea como primeira opção, o fazem sem orientação sobre as vantagens e desvantagens dessa via de parto, não são orientadas sobre alguns riscos, como prematuridade, infecções e outros. As mulheres então passam a justificar seu desejo pela cesárea como uma indicação médica, usando de

argumentos técnicos, tais quais ouvem, como parada de dilatação, perda de líquido, circular de cordão, rompimento uterino (OLIVEIRA; PENNA, 2018).

5.3 É CHEGADO O MOMENTO...

Talvez o mais aguardado por todas as meninas e acompanhantes, talvez um momento de tensão por parte da equipe de profissionais que atuam nesse cenário, o parto é, realmente, um evento muito singular.

“O moço foi, mandou colocar uma injeção no soro... aí ele mandou eu fazer duas contrações e, na segunda ela [a bebê] já tava saindo” (Tainá, 16 anos).

Não à toa, trago essa frase que ouvi de uma das minhas primeiras entrevistadas, enquanto conversávamos sobre o momento do parto. Nela encontro ingenuidade, subserviência, falta de orientação..., mas ao lembrar do momento, de quando estava com ela, enquanto ela falava, recordo afeto, conforto. O parto é passagem, é esse momento de início de mudanças significativas, rico em simbolizações, e que apesar dos inúmeros recursos tecnológicos existentes atualmente, no que tange aos aspectos emocionais, pode ser ainda assustador (MALDONADO, 2002), é um acontecimento biopsicossocial, carregado de valores, culturais, sociais e afetivos, possuindo elevado potencial de significância na vida da mulher e de sua família (ANDRADE; LIMA, 2014).

Todo itinerário feito pelas meninas e suas acompanhantes dentro da maternidade, foi repleto de significados, todos os momentos desde a chegada ao serviço, a consulta, o acompanhamento do trabalho de parto, o parto, o pós... todos eles enriquecerem de alguma maneira a experiência delas no contexto de trabalho de parto/parto, mas sem dúvida, nenhum tem maior representatividade que o parto.

Por falar em experiência, penso-a nesse texto nos termos de Foucault (2006), que embora não tenha adentrado no conceito de experiência, tenha pensado nela mais como um resultado ou produto de regime de saber e poder, e não como resultado de individualidade. Foucault problematizava a noção de experiência pressupondo uma experiência corporal, e considerava a construção da subjetividade e uma conformação ética da existência como experiências.

Como uma motivação primeira de compreender as experiências de parto para as meninas, e recorrendo aos conceitos de experiências de alguns teóricos, acredito ser o de Foucault o que mais se aproxima da realidade das meninas, por suas próprias trajetórias, pelos

começos que ainda não viveram, ainda que durante o estudo tenha acompanhado uma adolescente que já havia tido um parto anterior, a maioria das meninas eram primíparas e estavam vivendo todo o ineditismo daquele processo pela primeira vez.

Os eventos, a sucessão de experiências, as circunstâncias em que acontecem, seus desdobramentos ocorrem em uma combinação de traços sociais. Traços esses que demarcam o campo de possibilidades dos indivíduos, origem e classe social, história familiar, etapas de vida em que se encontram, relações de gênero no universo em que habitam, aspectos sociais e biográficos que se coadunam e se apresentam em uma trajetória (HEILBORN, 2006).

As emoções afloravam, independentemente do tipo de parto, estar ao lado das meninas naquele momento, me ajudou sobremaneira a entender melhor esse universo. Confesso que, por vezes, ainda ali presente na sala de parto ou centro cirúrgico, vivenciar o parto com elas, me deixou confusa... confusa acerca das práticas, acerca do acolhimento ou da falta dele, acerca dos julgamentos, aspectos que consegui problematizar quando recorri a meus dados etnográficos, não mais envolta a um mar de emotividades, mas a uma reflexividade que me permitiria elucidar melhor aquele contexto.

Em estudos que buscaram compreender a vivência de adolescentes primíparas frente ao parto, os depoimentos das meninas salientavam aspectos relacionados ao ambiente e aos sentimentos mais frequentes, julgaram o ambiente estranho e que o parto intensifica sentimentos de solidão e o medo da dor, ressaltaram ainda um forte distanciamento entre o profissional e a adolescente (SILVA; LOPES; DINIZ, 2004). Me proponho adentrar em uma dimensão mais complexa, discutir sobre os rituais, sobre as interações, os processos ali desenvolvidos e de que maneira, eles, ainda que inconscientemente, influenciaram na experiência de parto das meninas.

Não que as variáveis que se apresentam no contexto do parto, se coloquem no campo do inconsciente, subjetivo, pelo contrário, elas são reais e reverberam na vivência das meninas nesse momento, o que quero ressaltar é que mulheres adultas, na maioria das vezes, descrevem suas experiências de parto, e resgatam os mais diversos aspectos, desde os aspectos estruturais, as relações com os profissionais, o próprio ideal de parto que almejavam, a corporalidade, suas crenças, tudo isso coaduna com a experiência de parto de mulheres adultas, a exemplo do apresentado por Rosamaria Carneiro (2014) em sua tese, ela trouxe ainda uma ressalva que muito se aplica às meninas, carregando a experiência uma dimensão ética que atende aqueles que a tem e não permite autoridade externa, é pertinente que consideremo-las dentro da individualidade e em um exercício de experimentação.

Uma das primeiras adolescentes que acompanhei, foi Tainá, 16 anos. Uma menina simples, tranquila, ou seria tímida? residente em Teresina-PI... era sua primeira gestação, declarou-se parda, afirmou ser católica. Interagimos bastante enquanto ela estava em trabalho de parto, não tanto como eu queria..., pela minha ansiedade de pesquisadora, mas foi uma excelente experiência, não consegui acompanhá-la no parto pelo avançar da hora, mas fiquei o máximo que pude ao seu lado, e no outro dia logo cedo retornei para reencontrá-la.

Tainá cursava o ensino médio, era solteira, não tinha mais relações com o pai do seu filho, estava acompanhada de sua mãe. Foram aproximadamente 10 horas entre o horário de admissão e o parto, destas passei grande parte ao seu lado, ainda que não tenha presenciado o parto, resgato a história de Tainá, por ter sido umas das primeiras com quem tive contato e que acompanhei quase integralmente o trabalho de parto/parto.

O que me chamou mais atenção sobre o parto dela foi ao entrevistá-la, ouvir seu relato, como teria sido o momento do parto. Durante os momentos em que estive com ela no pré-parto, tive dificuldades de iniciar um diálogo, temia ser invasiva, notei por vezes que ela queria se manter mais recolhida, “típico” de uma adolescente tímida, se é que podemos “enquadrar” assim, mas conversando com ela sobre esse momento tão “rico”, “especial”, corroboro com as ideias de Carneiro (2014), quando a mesma fala sobre experiência numa vertente pessoal e em um processo de experimentação.

Tainá teve parto normal às 21:30h, do dia 23/12/19, esteve acompanhada de sua mãe, durante todo o trabalho de parto e parto.

“...queria ter parto normal... Foi um alívio, eu tava com muita dor... O médico fez o toque e foi logo me levando porque disse que o bebê tava vindo... Senti um alívio. Alívio por causa da dor... Fiquei feliz.... Tava assim de frente com as pernas abertas...Me deram uma injeção de força... Ajudou muito, eu tava sem força, e nessa hora me espremi” (Tainá, 16 anos).

A entrevista de Tainá por ser umas das primeiras que realizei, exige uma ponderação, não foi uma entrevista *fácil*, tentei iniciar e manter um diálogo com ela, e à medida que tentava aprofundar mais, pude sentir que não se tratava da condução da entrevista e sim, da narrativa dela, a sua forma de verbalizar suas emoções, sua vivência. Trouxe esses trechos, tais quais, ela falou, na íntegra, quando questionei sobre o parto, no entanto Tainá era um tanto direta, sua narrativa contida, suas expressões não exprimiam aquela emotividade que “nós”, isso mesmo, a sociedade espera, e isso pode ter gerado certa estranheza em mim, mas também reflexividade

quanto ao porquê de esperarmos “certos” comportamentos, valores, de situações que são tão pessoais, individuais e subjetivas?!

Observei na fala de Tainá um reforço ao termo *dor*, por várias vezes ela ressaltou o termo dor e o alívio sentido após o parto, logo ali após o período expulsivo. Mas esse relato não foi somente dela, mas de praticamente todas as meninas. Eu diria que de quase todas as mulheres. Carneiro (2014) revela que mesmo entre as mulheres que buscam novos modos de parir, o medo da dor é o que mais as assombra, não saber como é o parto, a intensidade das dores, se conseguem suportar ou não, estão dentre as indagações mais frequentes.

As meninas revelam um temor ao parto muito peculiar, elas o relacionam à sua imaturidade, à uma suposta incapacidade biológica para parir, e referem medo até de morrer, o que decorre muitas vezes do desconhecimento. Pelo papel importante que os pares exercem no contexto da adolescência, seria interessante atendimento e trabalhos em grupo durante a gravidez, para discutirem os medos, ansiedades, fantasias e mitos sobre o parto, além de esclarecerem dúvidas que são muito frequentes (BRASIL, 2008).

A dor não é uma manifestação universal de processos orgânicos: ela é subjetiva e fortemente relacionada à cultura (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006). As práticas biomédicas privilegiam os aspectos orgânicos, universais, mensuráveis, no entanto mais do que fisiológico, a dor é uma construção simbólica (TORNQUIST, 2003). Isso é bem visível no momento do parto, os profissionais de saúde muitas vezes desconsideram as subjetividades das parturientes e as diferentes formas de vivenciar os processos de trabalho de parto/parto e expressam expectativas de que elas tenham "bons comportamentos" frente à dor: não gritar, não se desesperar, obedecer e acatar os conselhos da equipe, sob pena de não serem atendidas ou serem submetidas a diferentes tipos de violência, caso se "comportem mal" (PINHEIRO; BITTAR, 2013).

A expectativa de um comportamento padrão, de um “bom comportamento” não recai somente sobre a parturiente, como podemos ver

“O médico chega para avaliar TRS... ela se posiciona... eu ajudo, ele a toca. Depois que termina, chama a mãe e fala sobre o que ele denomina “**colaboração**”, “*Não compartilhe a dor dela*”. “*Não tenha pena*”. “*Deixe ela assumir o parto dela*”, “*Você tá é longe de deixar ela parir*”. “*Qual a mãe não sente a dor da filha?* “*Ela confia mais em você do que no médico*”. E olhando para mim, completa, “*A mãe acha que a filha ainda é uma bebêzinha*” (Notas de campo, dez, 2019).

Recordo-me claramente dessa cena... tomei nota?! sim, mas ela ficou gravada na memória, como algumas outras cenas que trarei e tentarei descrevê-las e que espero conseguir transparecer, escrevendo nessas linhas, os sentimentos e impressões que tive tais quais vivi. Fiquei sem saber o que dizer, não que eu fosse falar alguma coisa (*não sei, eu sentia algo me calar, medo de represália? Por estar ali como pesquisadora? E se estivesse como integrante da equipe, falaria? Não! Eu nunca havia falado...*) mas ouvindo ali, fiquei confusa, inquieta... Por que a mãe não estava deixando a filha parir? Em que ele se baseava pra dizer isso? O que seria **assumir** o parto? Por que ela não estava **assumindo** o parto dela?

Uma escuta acolhedora das parturientes frente às inseguranças ou à dor por parte dos profissionais que as assistem, e o respeito às diferentes formas de vivência e de expressão são fundamentais para uma atenção humanizada e de qualidade, e devem, portanto, ser priorizadas nas formações dos profissionais de saúde. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008; TORNIQUIST, 2003). Poderíamos depreender de algumas práticas, situações que algumas categorias profissionais carecem de maior discussão sobre como promover uma escuta qualificada? Essas interrogações gritam para mim.

Outro ponto que merece destaque e que ouvi e vi com frequência foi o uso da “injeção de força²⁵”. Conversando com as meninas, quando não tinha tido oportunidade de acompanhar o parto, perguntava sobre a posição em que estavam no momento do parto, Tainá ressaltou “*assim com as pernas abertas*” e fez menção a posição litotômica²⁶, busquei enxergar pelos olhos e sentimentos delas como havia sido o momento do parto, e principalmente as práticas exercidas. Muitos dos partos consegui acompanhar e vivenciei a implementação das práticas em tempo real.

Ainda que pese a subjetividade da experiência, e de que nossa forma de viver e enxergar o mundo venha embebida de nossa cultura, nossas trajetórias pessoais, o mundo e a realidade a que pertencemos, me provocou muito escutar como havia sido o parto na fala das meninas e vivenciá-los junto a elas, mas por quê? Porque em muitas cenas em que estive presente, observei práticas que deviam ser desencorajadas, algumas já proscritas, e dois aspectos saltaram aos olhos, o primeiro que, há algum tempo atrás, eu estaria ali, implementando as mesmas práticas

²⁵ Injeção de força é como as mulheres e alguns profissionais denominam a ocitocina intravenosa, medicamento esse que ao ser usado potencializa as contrações uterinas. Tem indicações de uso bem específicas e direcionadas, e as boas práticas de parto e nascimento não indicam seu uso para “apressar” o parto.

²⁶ Posição em que a mulher deita de barriga pra cima e fica com as pernas levantadas. Posição que fora e continuada sendo muito utilizada no momento do parto, mas que é contraindicada, a despeito das posições verticalizadas que são as devem ser encorajadas. Essa posição demarca uma relação de poder do médico, o que observa quando a posição é imposta para que ele “veja” e possa ter total condução do parto (MAIA, 2010).

que agora condeno, e segundo, que as meninas, na maioria das vezes encaram aquelas práticas como naturais, como o correto, uma ou outra questiona algo, mas a maioria não, o que reverbera nas narrativas delas sobre sua experiência de parto.

Ao refletir sobre as práticas exercidas no contexto do parto das meninas, e nos modelos de assistência obstétrica vigentes em nossa realidade, imediatamente em mim, manifesta-se uma necessidade de categorizar e classificar o parto das mesmas, mas é nesse momento que se evidencia o que Tornquist (2003) denomina paradoxo de humanização do parto. Ao tempo que para mim, aquelas cenas de parto que presenciei, quase que em sua totalidade tenham sido cenas de um modelo tecnocrático, não condizente com os pressupostos de humanização tão discutidos atualmente, ao observá-las e principalmente ao entrevistá-las fica claro esse paradoxo, de tal modo que ainda que dentro de uma dicotomia natureza/cultura, tecnocrático/natural, nem sempre um parto humanizado trará consigo um simbolismo de um parto isento de intervenções, estas, poderão acontecer e ainda assim, não desclassifiquem um parto humanizado (CARNEIRO, 2015).

Discutir sobre as práticas, especialmente no momento do parto, abriu-me a possibilidade de refletir sobre um aspecto extremamente relevante, a linha tênue que se apresenta entre a não-oferta de uma assistência humanizada, a realização de práticas obsoletas e algumas até danosas, e a perpetração de violência obstétrica, a depender do conceito que utilizemos, talvez essa linha nem exista, ao considerar um dos primeiros conceitos formulados sobre violência obstétrica, isso fica claro. A Venezuela foi um dos países pioneiros nessa discussão e tipifica a violência obstétrica como

Apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007, p.8).

Embora no conceito acima não observemos marcadores de classe, de cor, ou etários, em uma análise mais aprofundada, podemos perceber que existem variáveis que mitigam a perpetração da violência obstétrica, e ainda que para muitos, ela não “se escancare”, ela ocorre, e vivenciando o trabalho de parto e parto das meninas, e resgatando minhas memórias com minhas notas de campo, foi um dos aspectos que mais me impactou e que pude comprovar.

Entre as meninas que acompanhei, nenhuma mencionou qualquer descontentamento, ou qualquer situação que não tenham gostado, que tenham sentido algum desconforto, ou mesmo

algum relato que pudéssemos inferir uma situação de violência, ainda que eu tenha presenciado cenas de violência obstétrica veladas e outras completamente explícitas. Disso depreendi algumas reflexões. As entrevistei em um momento muito singular, todas as meninas foram entrevistadas durante o pós-parto imediato, horas após o parto, quando os “hormônios do amor” estão em seus níveis máximos, quando elas estavam vivendo o melhor, e mais emocionante de suas vidas, nas palavras de Maria Flor, *“Na hora que meu filho nasceu, que eu escutei o choro dele. Aí que fiquei feliz demais. Ali eu já estava completamente satisfeita. Tava vivo, saudável. Era tudo o que eu queria”*.

Em todas as entrevistas, não observei nenhum relato do que poderíamos tipificar como violência obstétrica, mas acredito que até e principalmente pela vulnerabilidade das meninas, a “inexperiência”, e principalmente a percepção de que tenham que aceitar todos os procedimentos, por desconhecimento e por acreditarem piamente nos médicos que ali estavam, semelhante ao xamã de Lévi-Strauss (1996), ratificando a eficácia simbólica destes.

“A eficácia simbólica consiste precisamente na prioridade indutora que possuiriam, umas em relação às outras, estruturas formalmente homólogas, que podem se edificar, com materiais diferentes, nos níveis diferentes do vivente: processos orgânicos, psiquismo inconsciente, pensamento refletido”. (LÉVI-STRAUSS, 1996, p.228).

Essa eficácia simbólica não se apresentaria somente no caso das meninas, ao contrário, a maior parte das parturientes, inclusive com as que detém maior conhecimento sobre o trabalho de parto/parto, no entanto com as meninas pude observar de forma exacerbada, de certa forma penso que até mesmo pela “imaturidade”, ou por estarem acostumadas com a delegação de tomada de decisões a pessoas de mais idade, aos “responsáveis”, acostumadas com a postura tutelar a que são na grande maioria das vezes expostas, não seria aqui diferente. Talvez por isso a naturalidade dispendida a todos os “processos” no contexto do parto. ***Eles são os profissionais, eles sabem o que estão fazendo.***

Sobretudo com as meninas com as quais vivenciei os momentos mais conturbados, cenas de violência propriamente dita, gritos, ah! os gritos... como eles me chocaram, no momento da entrevista, ainda que as deixassem falar livremente, tentei de forma sutil, enveredar por esse caminho, tentar extrair delas, os sentimentos, o que sentiram, se houve algum descontentamento, não, não ali, não agora, elas não perceberam como violentos os gritos, as imposições... talvez numa próxima experiência de parto, talvez se tivessem mais idade...

Gabriela mexe a mão em direção ao campo cirúrgico, nesse momento o médico fala de forma ríspida, fala alto, já gritando “*não senhora, não coloque essa mão pra cá, deixe essa mão aí*”. (Notas de campo, jan, 2020).

Quisera eu conseguir transmitir por essas linhas, o timbre que ouvi nessa cena, quisera eu conseguisse fazer com que outras pessoas paralisassem assim como eu paralisei nesse momento. A menina estava ali na mesa cirúrgica, e de repente ao mexer as mãos e quase encostá-las no campo cirúrgico foi alertada aos gritos pelo obstetra que a assistia. Os gritos foram tão altos que a equipe paralisou, percebi que até mesmo os outros profissionais que ali estavam julgavam que o obstetra tinha “se excedido”, era fácil de perceber, seus rostos diziam, a perplexidade dos seus olhares demonstrava, ainda que momentaneamente, porque em seguida, tudo transcorreu como se nada tivesse acontecido.

Aquele momento me chocou, claramente constituía uma cena de violência obstétrica, então tentei imergir nesse aspecto durante a entrevista, de forma sutil, mas em nenhum momento Gabriela fez menção sobre o ocorrido, tudo teria sido natural, como apontado por Rodrigues (2020), os processos violentos são normalizados, principalmente no momento do parto, as mulheres muitas vezes transformam o entendimento sobre algumas atitudes como ações necessárias pelos profissionais de saúde, e minimizam o potencial agressivo desses atos, julgando-os procedimentos normais ou mesmo necessários.

Cassab (2015) ao se deter sobre conceito de violência de gênero, enfatiza o quão polissêmico ele se apresenta, mas destaca o fato de que existe algo em comum em todos os conceitos criados, a violência de gênero ocorre em relações assimétricas e hierarquizadas, denotando uma relação desigual e/ou de subordinação e interferindo de forma negativa no desenvolvimento do sujeito agredido, trata-se de relações permeadas de poder, força, coerção, convergindo assim para um processo de dominação expresso das mais diversas formas.

A expressão dos processos de dominação decorrente de relações hierarquizadas, assimétricas se apresentaram de forma consistente em diversos momentos durante a pesquisa. Acredito que a faixa etária das meninas, o fato de serem adolescentes contribui para que alguns profissionais de saúde imprimissem em suas práticas, condutas ditas violentas, ou para fazerem os procedimentos a despeito da autorização delas. Interessante destacar que Gabriela estava acompanhada durante o parto. Sua mãe esteve ao seu lado, e no momento dos gritos, esse momento que tanto me chamou atenção, ela estava lá, ao lado, porém sentada, no local dela, no local que a haviam colocado e demarcado para ela, ela ficou, e permaneceu calada, em uma posição de subordinação total, como é o esperado de um “bom acompanhante”.

Poderíamos pensar que a presença da acompanhante ali naquele momento, seria um impeditivo para que não acontecesse algo sequer parecido com o que aconteceu, inclusive as mulheres se sentem mais seguras quando acompanhadas, entretanto, observo que aquela violência também teria sido com ela, aquele tom de voz, aquele grito serviu também para calar a acompanhante, vindo do médico, vindo da autoridade, não deveria ser questionado, apenas consentido.

Nessas cenas percebemos o que Bourdieu (2004) chama de violência simbólica, “uma forma de poder que se exerce sobre os corpos, e como por magia [...], mas essa magia só atua com apoio de predisposições colocadas, na zona mais profunda dos corpos”. Emanada da dominação masculina, a violência simbólica está impregnada no pensamento e linguagem dos sujeitos constituindo-se em sua visão de mundo, visão constituída pela reprodução de costumes, e crenças sustentados por meios simbólicos como a imposição das ideias de ordem religiosa, cultural e midiática, que constituem a moral patriarcal das sociedades.

Coincidentemente ou não, as duas cenas que me deixaram mais aturdida foram bem semelhantes, e em ambas os gritos vieram de um mesmo obstetra, durante o parto e ambos os partos cesáreos. É interessante destacar que alguns comportamentos, práticas que considero violência obstétrica não vieram somente de obstetras ou homens. De certo, a maioria das cenas em que observei alguma ocorrência, nelas estava presente a figura do obstetra e homem, mas um ponto importante é que nas cenas mais explícitas, como o caso que citei e o que me deterei mais a frente, foram de profissional médico.

A violência obstétrica está relacionada à estereotipação de gênero que se dá de forma banalizada durante a formação dos profissionais de saúde e a organização dos serviços, feita de forma hierarquizada a partir de um ordenamento do valor social dessas mulheres. Observa-se que os direitos humanos e reprodutivos das mulheres são violados com frequência, de modo que essa violação passa a ser rotina, e é encarada de forma natural, sem qualquer estranhamento (DINIZ et al, 2015).

O que percebi é que quando perpetrada por mulheres e/ou outros profissionais de saúde que não médicos, a violência era disfarçada, dissimulada de modo que às meninas, aos acompanhantes e aos ali presentes, se apresentavam despercebidamente. Em alguns estudos observou-se que os médicos eram os profissionais que mais frequentemente cometiam alguma conduta considerada como violência obstétrica, porém recentemente pesquisas apontam que violência moral e simbólica tem sido praticada contra as mulheres por profissionais de áreas distintas de formação. Considerando que em um espaço institucional ideias e práticas vis ocorram de forma recorrente por anos, outros profissionais acabam por assimilar e reproduzir

tais práticas, já que elas sempre foram perpetradas sem qualquer questionamento (SILVA, 2019).

Gabriela chorava muito, reclamava de dor. A enfermeira e a técnica de Enfermagem se aproximaram, e prepararam-na para a cesárea. A mãe dela permaneceu ao seu lado “*Não chore., vai dar tudo certo*”, dizia, enquanto isso as duas, enfermeira e técnica faziam procedimentos simultâneos. Ela chorava e dizia “*Para, uma de cada vez*” (Notas de campo, dez, 2019).

Estava acompanhando Cristiane... levei-a ao banheiro para tomar banho, fiz alguns exercícios com ela para aliviar a dor. Em seguida, a bolsa dela rompeu, nesse momento a dor aumentou bastante, ela já estava em uso de ocitocina. Ela gritava de dor, gritava muito, e a enfermeira ao lado mandava-a parar de gritar. (Notas de campo, jan, 2020).

Retomando minhas notas de campo, trouxe esses dois registros de momentos que me provocaram, de modo a ampliar o escopo de exemplos de cenas que por mais que não apresentassem explicitamente uma conduta vil, lá vivenciando o momento, claramente constituíram cenas de práticas ou comportamentos “inapropriados”. Estava ao lado de Gabriela, quando a obstetra sinalizou que o parto seria cesárea, seguindo um protocolo de atendimento, iniciaram nesse momento o preparo para então encaminhá-la ao centro cirúrgico.

O que nos leva a refletir são os eventos cascata que decorrem desde o momento em que o obstetra sinaliza a via de parto. O primeiro ponto é o fato de que Gabriela e sua mãe não foram devidamente informadas sobre o que estava acontecendo, fato esse que se comprova quando a mãe verbaliza, “*não entendi porque vai ser cesariana*”, segundo ponto ao iniciarem os procedimentos pré-operatórios, não explicarem o que seria feito, e os realizaram deliberadamente, sem um cuidado mais humanizado, automatizado, conforme se observa quando a menina solicita que cada profissional faça um procedimento por vez, porque ela está sentindo dor.

No caso de Cristiane, ela estava em uso de ocitocina, que por si, já seria uma prática a ser evitada, estava sentindo dor intensa, já em estágio de trabalho de parto avançado, até esse ponto só nos chamaria atenção o uso da ocitocina, mas estando ali, ao lado dela, observei com atenção, a enfermeira que a acompanhava, solicitou que ela parasse de gritar, não seria esse pedido que consideraria “violência”, mas a maneira com a qual pediu, em uma entonação de voz de ordem, de julgamento, de autoridade que imediatamente me chamou atenção,

especialmente por ser uma enfermeira mais jovem, que recentemente havia iniciado na maternidade, vê-la reproduzindo a mesma postura errada de outros profissionais, de forma tão natural me deixou espantada.

Ao me aprofundar no parto de Gabriela, e no que abordarei a seguir, o de Maria Ester, me detive a refletir sobre casos que considere violência obstétrica, condutas, comportamentos, práticas que são realizadas no momento do parto. Quiçá, fossem condutas que ocorressem isoladamente durante um período específico, que seja o parto, porque dessa forma talvez tivéssemos condições de trabalhar estratégias que abolissem ou pelo menos amenizassem tais práticas, mas não, situações consideradas violência obstétrica não se resumem a um momento específico, mas tem um escopo muito maior, nessa pesquisa não foi diferente.

Não se resume somente ao momento do parto em si, a violência obstétrica abrange qualquer ato de violência direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera ou ao seu bebê, praticado durante a assistência profissional, que signifique desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências (LANSKY et al., 2019). O fato de eu ressaltar duas ocorrências e ambas terem acontecido durante o parto, não invalidam os outros momentos em que vivenciei a realização de procedimentos inapropriados, a realização de práticas em devido informação e solicitação de consentimento, os julgamentos, mas foram exemplos que acionei para explicitar tamanha hostilidade.

De certa forma o fato das cenas de maior hostilidade terem sido percebidas por mim durante o parto não se apresentam despropositadamente. Conforme a OMS, embora cenas de desrespeito e maus-tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis durante o parto. Abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde são alguns exemplos de situações que se configuram como violência obstétrica (OMS, 2014).

Mesmo que bem exemplificadas as situações que constituem desrespeito, maus-tratos, violência obstétrica, e ainda que eu consiga ter claramente percebido e reconhecido tais cenas, as meninas, como bem enfatizei, em suas entrevistas não apontaram nenhum desconforto, ou qualquer descontentamento com nenhuma situação, ou nenhum profissional, ainda que não seja objetivo desta pesquisa se ater à satisfação do atendimento, ou a uma avaliação, no meu íntimo ansiava ouvir algum relato, alguma insatisfação, porque seria uma faísca para provocar mudanças nas práticas, e na assistência de forma geral. Inicialmente, justificaria essa não

reatividade a priori a própria idade, e ausência de experiências obstétricas da maioria das meninas.

Situações de violência obstétrica são muitas vezes invisibilizadas devido a uma série de fatores, a saber, a banalização de condutas baseadas em estereótipos de gênero, que sugerem que muitas delas sejam vistas como “brincadeira” pelos profissionais e até mesmo pelas mulheres, a banalização de intervenções comprovadamente desnecessárias por parte dos profissionais, e algo que foi muito presente nesta pesquisa, a dificuldade que as mulheres tem de criticar o serviço e os profissionais que as atenderam sobretudo após o parto, quando a tendência é as mulheres e famílias se sentirem gratas e aliviadas quando do nascimento de um bebê saudável, invalidando e compensando qualquer mau tratamento que tenham recebido durante o atendimento (AGUIAR; OLIVEIRA, 2011; SENA; TESSER, 2017).

5.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?

Acionando meus diários de campo, retomo outra situação que me marcou durante o trabalho de campo. Aconteceu com Maria Ester, 18 anos, preta, procedente do interior do Piauí, ensino fundamental incompleto, sem acompanhante, secundípara. Diferente do relato que fiz sobre Gabriela, optei por iniciar o relato sobre Maria Ester, de forma diferente, para que possamos refletir sobre as diversas nuances que se apresentam quando falamos sobre violência obstétrica.

Recordo-me bem daquela tarde... eu tinha chegado na maternidade por volta das 13h, e já havia acompanhado uma outra menina, antes de Maria. O plantão estava “agitado” como falamos corriqueiramente quando há muito atendimento ou quando o pré-parto está lotado. O obstetra adentrou ao pré-parto e avisou que havia recebido uma ligação da regulação de leitos²⁷ sinalizando que estavam encaminhando uma parturiente do interior com dores, histórico de pré-eclâmpsia e cesárea anterior. A gestante era residente na zona rural de um município do interior do Piauí, havia sido atendida em um serviço de saúde da região e então fora encaminhada para a capital Teresina. A equipe seguia aguardando a chegada da paciente.

Por volta das 17:30h, Maria Ester chegou ao pré-parto, já havia sido atendida no consultório, e de repente adentrou a sala do pré-parto. Chegou sozinha, foi abrindo a porta, entrando e logo que nos direcionamos a ela, respondeu “*Mandaram eu vir pra cá*”. Estava

²⁷ Serviço de regulação de leitos funciona a nível estadual, por meio de um sistema as maternidades disponibilizam o quantitativo de leitos ocupados e disponíveis e atuam com referência e contrarreferência considerando quantitativo de leitos e complexidade do atendimento.

sozinha, voz trêmula, faces de dor, desnorreada seria o termo?! Ela sentia dores, por vez reclamava, mas estava calma. O obstetra entrou no pré-parto em seguida e pediu que a menina fosse preparada com urgência e encaminhada ao centro cirúrgico.

A equipe me convocou a ajudar, na verdade naquele momento, intuitivamente eu senti a necessidade de ajudar, ela estava reclamando de muitas náuseas, logo pensei, e se for uma pré-eclâmpsia?! Precisamos agir rápido, então prontamente realizamos os procedimentos. Ela se manteve calma, somente reclamava das náuseas e dores, mas de forma contida. Enquanto uma pessoa fazia uma anamnese e colhia dados sobre antecedentes e sobre a gestação, eu ajudava em procedimentos técnicos, ao tempo que conversava com ela. Perguntei se ela estava sozinha, *“estou com minha mãe, mas ela ficou lá fora preenchendo uma ficha”*.

Ficamos no pré-parto aproximadamente uns vinte minutos, como todos trabalharam em equipe, todos os procedimentos pré-operatórios foram realizados rapidamente, até então no pré-parto tudo transcorreu de forma tranquila, todos seguindo o protocolo de atendimento, as intervenções apropriadas que a situação exigia. Maria foi então encaminhada ao centro cirúrgico, o que não lhe gerou tanta estranheza, era a segunda vez que teria uma cesárea, tinha tido a primeira aos 16 anos, quando teve seu primeiro filho.

Entramos no centro cirúrgico, estive ao lado dela desde o pré-parto até a ida dela para o alojamento conjunto. Ela estava sem acompanhante, de certo a mãe pelo transcorrer do tempo já teria concluído na recepção, mas chegou sem acompanhante e ninguém se mobilizou para garantir a presença da mãe no momento do parto. Confesso, que no momento também não me sensibilizei, não queria perder nenhum momento, e, em alerta devido a possibilidade de algum agravo, me detive a permanecer ali, não me ocorreu a ausência da acompanhante, não ali no início, na chegada dela ao centro cirúrgico.

Colocamos Maria na mesa cirúrgica, auxiliiei uma técnica de enfermagem que atua no centro cirúrgico nesse momento. Ela estava calma, por vezes reclamava comedidamente de náuseas, mas nada que alarmasse ou desestabilizasse algo na equipe. Nesse momento a técnica de enfermagem dispara *“Quantos filhos?”*, ela então normalmente responde *“Dois, esse é o segundo”*, a técnica então pergunta, *“Qual a sua idade?”* e Maria muito naturalmente responde *“18 anos”*, a profissional então completa, *“18 anos e já dois filhos...”*. ela, apenas balança a cabeça consentindo, como quem não entende e diz *“hum rum”*.

Se Maria Ester percebeu algo diferente naquele diálogo e no tom daquelas perguntas, ela não deixou transparecer, se ela se incomodou, não deixou claro, nem por suas respostas, nem tampouco pela sua postura, ao contrário do que me ocorreu, percebi desde a primeira pergunta, o tom de represália, de julgamento usado pela técnica. Ao tecer essas linhas, fico

pensando o quão vulneráveis as parturientes estão no momento do parto, de modo que podem nem perceber, e naturalizar as narrativas ali apresentadas, e se por algum momento se incomodam, pela posição que ocupam naquele momento se calam, não respondem. Silenciam.

Eu também silencieei. Teria eu errado? Deveria ter dito algo? Não. Acredito que esse discurso tem toda uma construção cultural, eu sou prova disso, há um tempo eu pensava dessa forma, “*Como assim, 18 anos e já no segundo filho?*”, talvez o que diferisse fosse o fato de pensar comigo e não verbalizar meus julgamentos. Mas de alguma forma me vi naquela técnica, e talvez por isso tenha me incomodado tanto. Lembrando que Maria estava sem acompanhante, quem sabe talvez, estando acompanhada inibisse comentários dessa natureza.

O restante da equipe adentra a sala de cirurgia, a posicionamos na mesa cirúrgica para anestesia. Enquanto isso, a equipe segue se organizando, se paramentando para a cirurgia, conversando, a menina então verbaliza “*Eu vou passar mal de novo*”. Maria começa a se agitar muito rapidamente logo após a anestesia, muito agitada, reclama de muito mal-estar. Ninguém a escuta. Os médicos estão posicionando o campo cirúrgico, nesse momento ela mexe a mão.

Esse movimento que Maria fez na mão em direção ao campo cirúrgico foi o gatilho para uma das cenas que mais me assustou durante o trabalho de campo.

O médico gritou, ele gritou muito alto, muito alto (meu coração disparou) “*Tira a mão daí*”. Ela com dores, mexia ainda mais, de forma responsiva, ela não sabia o que estava fazendo. Ele grita mais ainda, muito alto, tão alterado que até a equipe retaliou. (Eu me senti muito mal, tão mal, não consigo nem descrever, meu coração ficou muito apertado) (Notas de Campo, jan, 2020).

Não consegui falar nada, somente me aproximei dela, a toquei e pedi que ela ficasse tranquila. O médico completa “*só pode ser muito pecado para fazer uma cesariana dessas*”. A cirurgia continua. Sem dúvida foi um dos momentos mais difíceis pra mim, presenciar aquela cena não foi fácil, saí naquele dia do campo, torcendo para não estar presente em mais nenhum plantão daquele obstetra, o mesmo que já tinha protagonizado outra cena semelhante, dessa vez extrapolou os limites de tal forma que até seus pares lhe contiveram. Confesso que não queria mais ter que estar em outro plantão com aquele médico, mas essa não era uma possibilidade, eu estava ali com um propósito, haveria de concluí-lo. Mas justifico meus pensamentos, não “sou de ferro”. Ainda que naquele instante o tenha me transformado em.

A cirurgia seguiu. O bebê nasceu, nasceu bem, foi colocado no berço aquecido. Realizaram os primeiros cuidados, uma técnica de enfermagem levou o bebê até Maria e então

seus olhos brilharam, ela ficou atônita, olhar sereno de admiração. Somente contemplou o bebê. Nada falou. Passaram-se alguns minutos, o bebê foi levado para o berço aquecido e fiquei aguardando a cirurgia terminar ao lado dela. Encerrada a cirurgia fomos para o alojamento conjunto, e lá deixei-a junto de sua mãe e a veria novamente no dia seguinte. Encerrei aquele dia no campo a noite, ainda perplexa com toda a cena que havia presenciado.

No dia seguinte, voltei para mais um dia de campo, e realizei a entrevista com Maria Ester. Em nenhum momento ela fez menção àquela ocorrência, não perguntei diretamente, não poderia fazê-lo, estaria introduzindo um viés, mas conversando com ela, deixei-a falar livremente, adentrei alguns espaços, busquei nas reticências, mas não, ela não sinalizou ou verbalizou nada sobre a hostilidade deflagrada contra ela. Aqui cabe o já dito anteriormente, a naturalização de processos violentos, a subversão a um sistema patriarcal, institucionalizado, no qual não podemos questionar aquele que é absoluto na cena de parto, que tem autoridade, que domina.

Trouxe o relato deste parto por considerá-lo provocador, por ele ter me levado a refletir sobre aspectos que ainda não tinham me levado a questionar, pelo menos na intensidade em que foi, questões relativas aos marcadores sociais e a influência no contexto obstétrico. Saber que existe uma forte correlação entre os determinantes sociais e a saúde das gestantes é por muitos conhecido, no entanto vivenciá-los na prática sobretudo, considerando os aspectos negativos que emergem dessa correlação, para os que vivem a assistência obstétrica é fácil de perceber, mas precisa querer.

Maria Ester passou por situação semelhante à Gabriela, como havia falado, coincidentemente ou não, pelo mesmo profissional, e com algumas semelhanças se colocam nesse ínterim, adolescentes, ambas pretas, procedentes do interior, com exceção de uma estar acompanhada e a outra não. Mas o intuito não é realizar uma auditoria, um julgamento deste profissional em específico, e sim uma reflexão sobre as práticas realizadas, bem como os contornos que elas adquirem a depender de marcadores sociais.

As meninas que acompanhei nessa pesquisa tinham algo em comum, eram adolescentes, ainda que entre elas as idades diferissem, todas integravam a mesma fase da vida. No entanto, no tocante as características sociodemográficas havia uma grande pluralidade, com o predomínio de alguns marcadores sociais como por exemplo, a cor. Entre as meninas que acompanhei, houve uma maioria de pardas e pretas.

Adentro a esses aspectos enquanto reflito sobre violência obstétrica, porque estudos apontam algumas peculiaridades nessa análise correlacional. Leal et al. (2017) comprovaram em um estudo de grande escopo no Brasil que mulheres pretas e pardas apresentam maior risco

de terem pré-natal inadequado, possibilidade de falta de vinculação à maternidade aumentada, ausência de acompanhante e peregrinação, quando comparadas às mulheres brancas. A exemplo do que aconteceu com Maria Ester que peregrinou até chegar à maternidade, cenário desse estudo.

Com relação a presença de acompanhante, embora Maria tenha chegado à maternidade acompanhada de sua mãe, no pré-parto e durante o parto não esteve acompanhada, e ainda que não tenha observado nenhuma negativa para a presença da mãe ao lado da filha, também não observei nenhuma sensibilidade quanto a garantia desse direito, fato que ocorreu com a grande maioria das meninas que acompanhei, conforme refleti em seção anterior, não existe uma oferta, ou orientação acerca do direito ao acompanhante, o que se verifica é que não se fala sobre e muitas vezes às que falam, são colocadas algumas barreiras no sentido de dificultar/barrar a presença do acompanhante.

A garantia do direito a acompanhante no parto em pesquisa realizada por Leal et al. (2017) foi mais violada entre mulheres pretas e pardas do que entre brancas, quando mantido a análise por essa variável. Vale ressaltar que todas as meninas deram entrada na Maternidade acompanhadas, nenhuma estava sozinha ao adentrar na recepção e consultório de atendimento médico, a partir daí, quando encaminhadas ao pré-parto é que se “estabeleciam critérios” pelos profissionais de saúde que definiam se ela permaneceria com acompanhante ou não, por exemplo, quando estavam com seus companheiros, ou caso o parto fosse cirúrgico.

Outro achado importante da pesquisa “Nascer no Brasil” pertinente para acionarmos nessa reflexão diz respeito a quantidade de mulheres que não tiveram acompanhante durante o parto, o que correspondeu a 25% das mulheres. São vários os motivos que são elencados pelos profissionais e pelos serviços para justificar esse número, visto que se trata de uma lei, dentre eles a inadequação da ambiência das maternidades, fato que ocorreu nesse estudo, mas de alguma forma ocorre uma seleção no momento da admissão de quem terá o direito ou não. Outras pesquisas acrescentam que existe grandes chances de que mulheres pretas e pardas sejam de fato menos contempladas no direito ao acompanhante (DINIZ et al, 2014).

5.5 A VISÃO DAS MENINAS

Um dos grandes desafios que enfrentei no campo foi esclarecer que esta pesquisa não se tratava de uma *survey*, de que não estava acompanhando os partos das adolescentes para avaliar, ou até mesmo auditar o serviço. Com os profissionais, ainda que no início alguns

tenham olhado *torto* pra mim, pensando que eu estava vigiando, avaliando o trabalho deles, com o decorrer do tempo eles compreenderam melhor os objetivos e metodologia da pesquisa.

Com todas as adolescentes, sem exceção, no primeiro contato percebia que elas me liam como uma avaliadora do serviço, mas desconstruir essa imagem com elas foi mais rápido que com os meus colegas, minutos depois de nos apresentarmos, observava que elas poderiam confundir meu papel, como pesquisadora, enfermeira, mas não necessariamente como uma avaliadora. No entanto, nas entrevistas, sobressaltavam em alguns momentos, falas que me levavam a pensar que para elas havia *um quê* de avaliação naquilo tudo.

Observar e participar do trabalho de parto e parto das adolescentes me permitiu refletir sobre as práticas e interações que se apresentam nesse contexto, mas de uma posição diferente das delas. Ao analisar os diários de campo, e as entrevistas, observei que nossas impressões diferiam, portanto pensei na construção desse texto para ressaltar as impressões delas sobre o parto, não se trata de uma avaliação, inclusive nada consta nos roteiros de observação, nem tampouco nos roteiros de entrevista, algo nesse sentido, e sim, de trazer os relatos das meninas, e ampliar o escopo de discussão.

Ao começar a entrevista com as meninas, as primeiras falas delas sempre remetiam a uma espécie de *avaliação*, claro que não nos limitávamos a falar se elas haviam gostado ou não, as entrevistas foram muitas vezes prosas, leves, busquei deixá-las à vontade, apesar de ter necessitado de esforços maiores na condução de algumas entrevistas, na maioria delas prevaleceram conversas leves, queria ouvi-las, escutá-las, tentar me pôr no lugar delas.

“Foi bom, fui bem atendida, só a dor que tava ruim, mas fui bem atendida e tive mina filha, graças a Deus.” (Tainá, 16 anos)

“Não tenho o que nem o que falar... Porque foi bom, foi um parto bom, foi tranquilo. Eu tava torcendo pra ser cesáreo... foi tudo normal, tudo bom, tudo tranquilo.” (Tatiane, 15 anos)

Quase todas as meninas iniciaram a conversa, verbalizando altos graus de satisfação com o parto, mas aquelas falas me provocavam, estariam elas falando do parto, a satisfação de ter acontecido tudo bem, o desfecho do parto em si; ou do contexto geral, incluindo práticas, assistência...? Por mais que fosse interessante pra mim ter esse discernimento nos relatos delas, não poderia inquirir, sob pena de incitá-las a uma resposta, cabendo a mim um exercício de relativização para tentar compreendê-los.

No estudo de Wolff (2004), realizado com mulheres em trabalho de parto e parto, as entrevistadas embora tenham elogiado o atendimento quanto ao aspecto relacional e valores humanísticos, também identificaram elementos de não-cuidado, os quais foram bem graves, apontando a necessidade de uma mudança de postura e atitude por parte de alguns profissionais.

Vou considerar que as adolescentes tenham tecido tantos comentários favoráveis, considerando os desfechos dos partos, que no caso desta pesquisa foram todos positivos; independentemente da via de parto, todos os bebês nasceram saudáveis. As meninas não elaboraram relatos nos quais pudéssemos perceber uma reflexão sobre a atenção dada pelos profissionais, sobre a qualidade da assistência, sobre a garantia de seus direitos ou até mesmo sobre a estrutura da instituição, mas uma ou outra adolescente, lembravam momentos e emitiam algum *descontentamento* para com alguns desses aspectos.

“Eu achei que foi um pouco forçado, por parte de eu ser adolescente menor, porque eu acho que o médico já sabia que eu não tinha como ter normal, até pelo fato de eu ter falado que na minha família nenhuma teve parto normal, tudo foi cesárea, ...eu achei que foi forçado”. (Maria Flor, 17 anos)

Maria Flor comentou aspectos positivos de sua experiência no parto, mas em meio a sua narrativa, enfatizou momentos e interações que não considerou positivos. No estudo de Rezende (2020), observou-se também, que entre as parturientes mais jovens, as narrativas das interações que aconteceram no hospital que não aconteceram como elas esperavam vinham repletas de sentimentos e avaliações, como se houvesse uma idealização do desenrolar do parto tomada como medida da experiência.

Observei que as adolescentes não comentavam sobre as práticas em si, se eram práticas humanizadas ou não, se algo nos procedimentos realizados a incomodavam. A exceção foi a realização do toque vaginal, que foi destacado por mais de uma das meninas, como um procedimento doloroso, que gerava sofrimento e que elas tinham ojeriza. Acompanhei a realização de toques vaginais com praticamente todas elas, observava suas expressões faciais e corporais de dor...se contorciam, no entanto poucas verbalizavam, como o fez Maria,

“Minha bolsa ainda não tinha estourado, eu tava só perdendo muito líquido, aí eu sei que desses toques minha bolsa estourou, ele tentou quatro vezes seguidas, ele botou o dedo pra sair a bolsa toda. Aí foi e saiu de novo. Aí ele veio de novo e deu mais um toque, veio outro doutor me deu mais um toque,

veio outro, aí até que eu reclamei pra ter cesárea. Levei muito toque até que reclamei.” (Maria Flor, 17 anos)

Na pesquisa de Enderle et al. (2012), também sobre parto de adolescentes, algumas adolescentes optaram por não se manifestar, não expor sua opinião sobre o parto, levando-os a pensar em alguns fatores explicativos para tal postura, entre eles estado emocional, o estresse do momento, a fragilidade inerente a pouca idade delas. Reflete-se que outro motivador da dificuldade de críticas delas possa estar ligado a um possível constrangimento por parte da adolescente, de efetuar colocações acerca da assistência enquanto ainda internada na maternidade.

Penso que um motivo importante para que elas não relatassem descontentamentos sobre práticas e/ou procedimentos seja o desconhecimento das mesmas sobre o que seriam as boas práticas no parto e nascimento. O PHPN desde 2000 destaca que a condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério é o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal, a humanização estando atrelada a duas condições, primeiro, uma postura ética e solidária por parte dos profissionais, com garantias da instituição que a mulher seja recebida com dignidade, e segundo, adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do pré-natal, do parto e do pós-parto, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher, nem o recém-nascido (BRASIL, 2000).

As adolescentes desconhecem o que são as boas práticas, naturalizam que o cuidado adequado seja o dispendido pelas instituições, apesar de queixarem-se de uma prática ou outra, não as problematizam, porque desconhecem outro modelo de atendimento, que não o biomédico, tecnocrático que ainda impera nos serviços. No relato de Maria Flor, ela enfatiza que *levou muito toque*, até chegar a reclamar. Dentre as práticas inadequadas no parto, que são prejudiciais ou ineficazes e que, portanto, devem ser eliminadas ou reduzidas estão os toques vaginais frequentes e realizados por mais de um examinador, porém é uma prática constante que causa desconforto e edema de vulva, podendo prejudicar a evolução fisiológica do trabalho de parto e parto (BRASIL, 2001).

As parturientes devem gozar de diversos direitos, dentre eles, estar acompanhada durante o trabalho de parto e o parto por alguém de sua escolha, ser informada pelos profissionais sobre os procedimentos que serão realizados com ela e o bebê, dentre muitos outros que versam sobre práticas adequadas e benéficas para elas e o bebê (OMS, 1996). Sendo usuárias do sistema de saúde, elas ainda têm direitos assegurados pela Carta dos direitos dos

usuários da saúde, que diz que o usuário pode consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos (BRASIL, 2007).

As meninas não são orientadas sobre esses direitos, e por não conhecerem o que são as boas práticas, muitas vezes julgam adequado o atendimento dispensado a elas. Dois aspectos me provocaram a seguinte reflexão, como as meninas podem julgarem satisfatório o atendimento, e tecerem comentários positivos a respeito do parto, tendo sido submetidas a práticas inadequadas, que por vezes beiraram à violência obstétrica, e estando a maioria sozinhas, desacompanhadas no momento do parto? Elas se contentam com o que lhes é apresentado. Ninguém questiona aquilo que não conhece, então, como podem reivindicar um direito que não sabem ter?

Sobre a presença do acompanhante, a maioria das meninas não gozou desse direito no momento do parto, e ocorreu que muitas vezes não foram acompanhadas por pessoas de sua escolha, o que pude observar principalmente, quando o acompanhante escolhido pela parturiente era seu parceiro, e este não era autorizado a acompanhar porque *era homem, e não tinha cortina*. Observei que em todos os relatos as meninas falaram sobre estar ou não acompanhada, mas somente como uma descrição, nenhuma questionou, nenhuma das meninas exigiu, nem tampouco problematizou estar ou não acompanhada quando lhes é um direito assegurado por lei.

Waldow (2004) ressalta que as pacientes, de forma geral, percebem a diferença entre comportamentos de cuidado e de não-cuidado, mas nem sempre, reconhecem-nos no momento em que ocorrem, ou os verbalizam. Situações negativas de não-cuidado e de ameaça são lembradas porque a dor, o medo, a insegurança com sua própria condição se tornam o ponto central, podendo tornaram-se traumáticas influenciando na sua percepção no que se refere à hospitalização, aos profissionais de saúde e ao cuidado, dentre outros aspectos.

Não sei se seria o não-reconhecimento, ou o silenciamento, mas mesmo em partos repletos de práticas inadequadas, nos partos nos quais observei a perpetração de violência obstétrica, as meninas não deferiram nada sobre, ainda que não tenham emitido nenhuma fala de satisfação, também não reclamaram e nem reivindicaram nada a respeito.

“No parto eu não tive acompanhante, só mesmo o enfermeiro e o médico. No CC eu fiquei tonta e vomitei. Quando o neném nasceu a alegria foi maior, eu fique despreocupada, perguntei logo pra o homem da anestesia se ele era

normal, ele disse que sim, aí eu fiquei despreocupada. Aí logo falaram ele é um menino, aí eu já sabia, meu segundo menino.” (Maria Ester, 18 anos)

Destaco esse trecho da entrevista de Maria Ester, quando a mesma falava do parto, de como havia sido seu parto, me provoca e em certa medida me irrita o fato de que as meninas passem por algumas situações e não consigam perceber como violentas as atitudes dos profissionais para como elas, *não percebam ou não verbalizem?* E provoca ainda mais, pelo fato de que algumas cenas aconteceram enquanto elas estavam sem seus acompanhantes. Essa irritação, que fique claro, não repercutiu na minha pesquisa, mas inspirou-me a pensar que ainda que Maria Ester não tenha reagido naquele parto, ela poderia inspirar movimentos e dinâmicas para coibir a violência obstétrica, compartilhando sua história com sua família, suas amigas, enfim, divaguei com esses pensamentos por horas, ao reviver por meio dos meus registros, o parto dela.

Observamos que mesmo atualmente, ainda persiste uma assistência onde prevalece o poder e, com isso, no caso da mulher parturiente, a ocorrência da dominação simbólica, conforme referido por Bourdieu (2004). Acredita-se, todavia, que essa dominação extrapola e recai na desumanização, constituindo-se em atos de violência, como pude constatar nas cenas de parto, embora nenhuma das meninas tenham percebido como práticas violentas.

Apesar das meninas terem revelado satisfação com o parto, elas também identificaram situações de desconforto, *bem menos que eu identifiquei*, entretanto acho importante pensarmos que existem vários motivos que possam contribuir, a própria relação de poder entre elas e os profissionais de saúde, que as silenciam, e que também as colocam no lugar de passividade, a situação de fragilidade e de vulnerabilidade em que se encontram, até mesmo aspectos inerentes a pesquisa, como no caso o momento de realização da entrevista, que neste caso foi no puerpério imediato, e que podem afetar a visão e reação das mesmas.

Apesar de não se tratar de uma pesquisa de qualidade, estudos apontam que pesquisas de satisfação de usuários, quando realizadas ainda na instituição onde ocorre a assistência, deve ser consideradas quanto aos vieses por fatores como o medo frente a equipe, ou superestimação pelo desenlace feliz (DOMINGUES, SANTOS; LEAL, 2004). Talvez não agora... talvez ao lembrarem de seu itinerário na maternidade, de seus sentimentos, sensações, das palavras ouvidas, das emoções afloradas, em um outro momento, esses relatos sejam outros.

5.6 (RE) VIVENDO AS CONTRADIÇÕES DOS *SETTINGS* DE PARTO

Já era por volta das 19h. Tendo iniciado o campo as 13h, já se aproximava a hora de finalizar o trabalho daquele dia e ir para casa, havia cumprido praticamente o turno de horário dos colegas que trabalham a tarde, eles entram às 13h e saem às 19h, que é também o horário que os plantonistas diurnos estão encerrando mais um dia de labuta.

Passei aquele turno na maternidade, transitando nos espaços à espera da internação de alguma adolescente. Não cansei do trabalho, até porque não havia tido nenhuma admissão, mas o que me deixava “enfadada” era o misto de ansiedade e medo, ambos porque até aquele momento guardava comigo um “mantra” de que quanto mais adolescentes eu acompanhasse, melhor pra minha pesquisa, então imagine, um turno inteiro de permanência no campo, sem no mínimo um atendimento de uma adolescente... já era suficiente pra gerar uns arrepios.

Eis que às 19h, bem naquele horário de corre, corre, todo mundo pegando suas bolsas, seus utensílios, enquanto outros passam o plantão, e outros, olhando em seus celulares, falavam com pesar “*Eita... não vou sair agora, fulano vai se atrasar*”, chega Laís na sala de pré-parto. Eu estava com minha bolsa, na mão, já havia tirado minha vestimenta na maternidade e estava pronta para ir pra casa, enfim, era noite... minha dificuldade de transporte... já estava na hora.

Quando Laís bateu à porta do pré-parto, eu já estava quase saindo, foi no mesmo momento...ela entrando e eu saindo, quando a vi, ela deu boa noite e entregou-me uns papéis, “*o médico disse pra eu vir pra cá*”, e pela expressão, sabia, ela estava em trabalho de parto. “*Entre*”, recebi a documentação de internação e já ia entregar para a enfermeira da noite que acabara de chegar. Ora, olhando para Laís, jamais diria que era adolescente... “*sabe, aquele estereótipo que criamos de como seja uma adolescente, e que é completamente sem sentido hoje em dia?* Então... Laís, não se enquadrava... Laís parecia uma mulher adulta, aparentemente (*Qual o modelo de aparência de uma adolescente?*), me pergunto isso internamente, revirando olhos.

Como que não seguindo esse estereótipo, a intuição soprou-me ao ouvido e disse, ela é adolescente, então, ainda com os documentos de admissão na mão, procurei sua idade, e... Laís, era sim adolescente, nos seus 19 anos de idade. Se transmiti surpresa, ou qualquer reação mais exacerbada, não sei..., simplesmente fui até minha colega enfermeira, entreguei a documentação e disse, *vou ficar*. Fui trocar de roupa, guardar a bolsa que ainda estava a tiracolo e, estava pronta para acompanhar Laís.

Ela adentrou ao pré-parto, com fâcias de dor, andava com as pernas bem abertas, o que compreendi quando ela disse que estava perdendo líquido. Estava acompanhada de uma senhora

de uns 60 anos, aparentemente. Sentam e colocam as bolsas com as coisinhas do bebê do lado. Em seguida, Laís se deita e sua acompanhante se senta ao lado. Nesse momento conversei com ela, expliquei sobre a pesquisa, ela concordou em participar. E fiquei por ali..., a enfermeira logo se aproximou para iniciar o atendimento, a “parte burocrática”.

Laís, deitada, levanta-se, e veste a camisola trazida pela enfermeira, “*vista a camisola com a abertura para trás*”. Em seguida, se deita novamente, procura uma posição confortável... A enfermeira inicia os procedimentos. Faz a anamnese, preenche documentos. Faz várias perguntas, Laís não responde. Queixa-se de dor. Mais perguntas, ela demora para responder. Laís não respondia, não por não querer, ela estava sentindo muita dor, apenas ficava se revirando e quando a dor amenizava, respondia.

“*Quero deitar*”. “*Pois deite*”. “*Não consigo*”. E assim, seguia, aquela impaciência... aquela inquietação de quem está sentindo dor, e não encontra uma forma de amenizar, aquele momento que as parturientes, sentam-se, deitam-se, se viram, se acocoram, buscando uma forma de sentir menos dor, e não encontram. Resta-nos estar ao lado e ajudá-las, caso e como queiram.

Ao lado de Laís, a enfermeira já havia encerrado o preenchimento dos papéis, e fiquei perto dela e de sua acompanhante, a certa distância... queria dar-lhe espaço para locomover-se, para que ela se movimentasse ou simplesmente porque era o melhor a fazer, *elas precisam de suporte, mas também precisam de espaço*. Começamos a conversar, nesse momento ela confidenciou-me que era sua segunda gestação, aos 16 anos tinha sofrido um aborto.

Até o momento, sua acompanhante, Dona M., estava sentada em uma poltrona, próximo ao leito de Laís, estava calada, somente acompanhava com o olhar as nossas conversas e os movimentos de Laís. Então seu telefone tocou e ela saiu da sala para atender. Nas paredes, várias sinalizações de proibido uso de celular... acho que ela os viu. Perguntei para Laís sobre o pai do bebê, “*Está lá fora, não pode entrar dois, e ele também não pode porque é homem*”. Laís senta na cadeira, e segue queixando-se de dor.

Sentei-me em uma cadeira de apoio, um pouco distante de Laís, mas de frente pra ela. Ela estava sentada e claramente conseguia ver suas pernas trêmulas, fazia movimentos para frente e para trás com seu tórax e esboçava murmúrios de dor. Tento conversar com ela, mas ela queixa-se de dor, faço perguntas, algumas pessoais, outras bem aleatórias para tentar descontraí-la, busco uma interação, mas ela somente me olha, um olhar de quem não está aqui... *estaria me ouvindo?* Nesse momento imaginei... Ela deve estar na partolândia.

Dona M. retorna para o pré-parto, ela estava lá fora, havia saído pra atender uma ligação, mas era do companheiro de Laís, que estava ansioso no corredor da maternidade, querendo

notícias dela e do bebê. Dona M. entra e fala com Laís, “*ele está lá fora, muito ansioso, será se ele não pode entrar um pouco?*” A enfermeira aparece nesse momento, estando ali na sala de apoio, onde funciona o posto de enfermagem e onde a equipe costuma ficar, consegue-se ouvir e acompanhar o que há na sala adjacente, onde estava Laís, então ela se aproximou e perguntou se ela queria que o companheiro entrasse um pouco, numa postura empática, acolhedora.

“*Já que não tem outra mulher aqui, ele pode entrar e ficar com você, aí se chegar alguém, ele sai e aguarda lá fora*”. Dona M. sai, e o companheiro entra. Aparentemente, tranquilo, *acho que só aparentemente mesmo*. Ele senta na poltrona onde estava Dona M, segura a mão de Laís. Nesse momento, nada falam, apenas olham um para o outro, senti naquele instante que mereciam estar a sós, e fui para a salinha onde estava a equipe.

Escuto um grito de dor, e rapidamente vou até lá. Era somente mais uma forte contração. O companheiro ali, passava a mão carinhosamente pelo braço dela, que se sentava e levantava, repetidamente, ele com a expressão de não saber o que fazer. Laís pergunta se pode tomar banho, estava perdendo líquido, e junto restos de tampão mucoso²⁸, associado ao calor que referia, ansiava por um banho. “*Claro*”, pego uma camisola e um lençol limpos e em seguida ajudo-a a ir para o chuveiro.

Laís fica ali no chuveiro, se movimentando para um lado e para o outro. “*Tá bom, já chega*”, sinaliza que vai sair. Reclama de dor, deita-se no leito, “*Vai demorar?*”, pergunta pra mim. Deita-se novamente. Olhos fechados. Descansa entre uma contração e outra. O companheiro permanece sentado ao lado dela, não conversam. Ela chora de dor. Ela chora, queixa-se de dor olhando para o marido, ele somente devolve o olhar, de quem diz, estou aqui, vai passar.

A enfermeira se aproxima, e em seguida a técnica de Enfermagem, tentam acalmá-la. Elas ficam um momento próximo dela, conversando, explicando, e ao tempo que tentavam acalmá-la, a encorajavam. Neste instante, a copeira adentra ao pré-parto e entrega um copo de suco na mão do companheiro. “*É pra ela*”. Ele então oferece o suco com canudo na boca de Laís.

Pergunto se ela quer ficar em pé, andar um pouco, chego a insistir. Ela diz, um tanto... *ríspida?*, “*não aguento*”. Pede pra sentar-se, senta. Reclama de dor. De repente comecei a achá-la mais agitada, *tudo bem, seria o natural, o trabalho de parto avançava*. O obstetra chega para avaliação, sem explicar, nada falar. Ajudo a posicionar Laís para o toque vaginal. O médico faz o toque. “*Sete centímetros*”. Não ausculta o bebê. Em seguida olha para o esposo que estava ali

²⁸ Secreção mucosa espessa que oblitera o canal cervical do útero, e é expulso quando a mulher entra em trabalho de parto.

ao lado, e diz *“Não roube a dor dela, não compartilhe a dor dela, deixa ela assumir a dor dela”*. E sai. *Essa frase ouvi e ouviria outra vezes deste mesmo profissional.*

Logo em seguida, chega o horário do segundo plantonista atender, e outra obstetra vem avaliar. Ela adentra ao pré-parto, pergunta que horas foi a última avaliação, respondo, *“Faz uns 30 minutos”*, mesmo assim ela diz que vai reavaliar. *“Deite com a barriga pra cima”*, Laís se vira, a obstetra faz o toque e com a mão na vagina dela, pede *“Faça força”*. Continua, ainda com a mão inserida na vagina de Laís, *“Você está perto, mas não está ajudando”* *“Olha, você vai parir, mas se ajudar vai ser rápido, se não, vai demorar”*.

Ela faz cara de dor, a obstetra mantém os dedos no colo, *“vamos, quero ajudar você”*. Ela se incomoda, se retorce de dor. A obstetra continua *“Só estou lhe ajudando”*. A contração passa, ela retira a mão da vagina da menina e fica ali aguardando a próxima contração. Em seguida a médica começa a massagear veementemente a barriga de Laís, como que para estimular a contração uterina. Ela então empurra mão da médica, *“Para! Espera, tá doendo”*.

A obstetra orienta que ela mantenha a posição vertical, de cócoras no próprio leito e faz gestos apontando como é pra ela se posicionar. Ela levanta do leito. Neste momento, oriento-a ficar abraçada ao companheiro, ela o faz. Está com puxos espontâneos. Pergunto se ela quer fazer agachamento. Ela aceita, eu a ajudo. Ela pouco fala, só olha.

“Olha, Laís, você tem tudo para parir, tem uma bacia boa, você vai parir..., agora se vai ser agora ou não vai depender de você”, repetiu a médica. Então, olhou pra mim e, *“Ela não está ajudando, né?”* e eu respondi, *“Não...”* Mas na verdade, não me senti bem ao responder isso, não era bem isso que queria dizer. *[Sim...ela estava ajudando sim, claro....ela não iria atrapalhar... ela tava fazendo da forma dela, da forma que sabia...]*

Mas não foi o que eu disse, não sei se porque eu estava tentando orientá-la, tentava explicar e as vezes ela me parecia passiva demais... eu queria que ela participasse mais, sem que eu ou a médica tivesse que “mandar” ela fazer de um jeito, de outro... de qualquer forma, não me senti bem em ter respondido assim... “mas porque ela não estava ajudando? Baseado em que eu havia respondido isso? Pra culpabilizá-la? Acredito que a minha relação de proximidade com a médica possa ter me levado a responder assim... dei a resposta que ela queria ouvir... qualquer coisa que disse poderia estar contrariando a doutora, então, pensando que ela era uma pessoa de minha proximidade e pensando também que eu estava ali...pesquisando, não estava atuando como enfermeira, enfim, isso tudo me deixou confusa e reflexiva.

Intercalando momentos deitada e sentada, abraçada ao esposo, caminhando, e já parecendo estar “sem paciência”, deixei Laís. Acompanhei-a até quase 23h, e já não tinha mais como aguardar o parto. Precisava ir embora, porque como estava sem transporte, pegaria um

automóvel por aplicativo e considerando as redondezas do bairro da Maternidade, não era seguro demorar mais. Precisava ir. Conversei com ela, expliquei que iria para casa. Ela ainda estava com aproximadamente 8 centímetros de dilatação e o bebê estava um pouco alto²⁹, por isso ainda poderia demorar um pouco o trabalho de parto.

Despedi-me, desejei um bom parto e fui para casa. No caminho, ia pensando nas cenas do trabalho de parto da Laís, e principalmente nas interações Laís – acompanhante – equipe de Enfermagem – Obstetras – Pesquisadora, como acontecera tanto em tão pouco tempo, ora, foram aproximadamente quatro horas ao lado dela, e quanta riqueza de significados.

...

Esse foi um convite, para mim, e a quem se permitir. Eu revivi essa cena ao tecer essas linhas... revisitando as notas, resgatando memórias, os movimentos, as dinâmicas iam se encaixando, de modo que foi como uma volta no tempo. A quem se permitir, espero que esse cadenciamento de palavras torne-se vivo, e os guie a percorrer aquele espaço e viver ao lado de Laís, como eu vivi. Ademais, proponho uma reflexão sobre as práticas realizadas, sobre as interações, e não pretendo aqui, uma finalidade, fixar conclusões, e sim provocações que nos levem a problematizá-las considerando o que tenho trazido no percurso destas páginas.

Por que o trabalho de parto de Laís? Porque nele é possível encontrar vários elementos que foram abordados nessa tese, as práticas intervencionistas, as interações e negociações entre os atores na cena, a ausência de vínculo entre os atores, bem como na contramão, assemelhando a uma forma de resistência, assistência humanizada, traços de empatia. Além disso, como pesquisadora, observar participando, e participar observando deste trabalho de parto me rendeu muitos imbrólios, por isso o trabalho de parto de Laís.

A equipe de enfermagem é a que acompanha mais de perto o trabalho de parto das meninas, assim ocorreu com Laís, e com todas as outras meninas que acompanhei. Observamos que tempo de permanência do profissional e a qualidade desse tempo depende de outros fatores, como por exemplo, a demanda de outras parturientes, e também da força de trabalho existente no momento no serviço. Disso depende o nosso partejar, além de uma iniciativa e uma mobilização pessoal. Sempre observei, e tendo feito parte daquele serviço como enfermeira, que de fato, somos os mais presentes e mais disponíveis na cena. Contrariamente, também conheço as dificuldades imprimidas pelo serviço.

²⁹ Utiliza-se essa referência de estar alto ou baixo de maneira mais informal, mas faz referência a altura do bebê em relação à bacia da parturiente.

Laís estivera acompanhada de excelentes profissionais, assim, como as outras meninas. A equipe de Enfermagem tem um papel relevante. Reflito sobre questões que inclusive, foram dignas de nota. A presença e a empatia, o vínculo estabelecido entre a equipe de Enfermagem e a parturiente. Não que não tivera acontecido com outras as meninas, mas como ela deu-se de forma evidente e destacada. Mas observo que o trabalho de parto de Laís foi o que ocorreu com minha presença e a da equipe de Enfermagem integralmente, como eu citei anteriormente, não busco conclusões, mas levantar questionamentos, haveria a pesquisadora imprimido alterações nas dinâmicas e interações entre a equipe e a menina, pelo fato de estar presente na cena?

Nenhuma das meninas tiveram seus parceiros as acompanhando no pré-parto, à exceção de Laís. E para justificar tal fato, existem vários motivos, sendo a maioria deles assentados na inadequação estrutural. Para Laís ter tido direito de ser acompanhada de seu esposo durante todo seu trabalho de parto, elenco algumas possibilidades, como o fato da ausência de outras parturientes na sala em que Laís estava, o que foi apontado pela enfermeira, quando ela abriu as portas para o esposo, mas destaco que não somente isso, mas uma própria mobilização da equipe no sentido de fazer acontecer, de fazer dar certo, de permitir a presença dele ali. Ora, sendo um direito, nem caberia tais proposições...

Em uma maternidade que, vinculada à Rede Cegonha, se esperaria uma assistência humanizada, baseada nas boas práticas de parto e nascimento, e com vistas a mitigar as intervenções e o efeitos delas, observamos um verdadeiro paradoxo, nela há a coexistência de dois modelos de assistência, o já muito criticado, e combatido, tecnocrático, e o modelo humanizado, enfatizado e incentivado pelas recomendações baseadas em evidências. Interessante observar que mesmo entre os profissionais, as condutas se assentam em um modelo, e ainda o mesmo profissional, que intervém, que invade, que impõe, pode ser aquele que esboça o incentivo à boa prática.

Pincelo algumas das contradições que observei no transcorrer do trabalho de parto de uma das meninas, o que não significa que não os tenha observado estando com outras. De fato, todos os partos são e foram diferentes, o elemento comum que havia neles era eu. Para além das contribuições que essa vivência proporcionou para a pesquisa, aguçou-me o olhar para algumas discrepâncias que eu outrora não conseguira ou não quisera ver. Permitiu-me deslocar-me e pensar sobre as contradições e ambiguidades que permeiam o contexto do parto.

6 MORALIDADES E SENSO COMUM NA LEITURA DA GRAVIDEZ DE ADOLESCENTES

“Estamos construindo um plano nacional de prevenção do sexo precoce. Essa ação é só o começo. Existem consequências graves, físicas e emocionais para o sexo antes da hora. Vamos fazer cartilhas, vamos para as escolas mostrar arte, música. Vamos cuidar das ‘novinhas’, e não apenas chamá-las para o sexo” (Ministra Damarens Alves, AGÊNCIA BRASIL, PODER 360, 2020).

Início essa seção com a fala da então e atual Senhora Ministra da Mulher, Família e dos Direitos Humanos, propositalmente para demonstrar que é tarefa árdua adentrar no campo da sexualidade e reprodução de adolescentes, e sobretudo falar do parto das meninas, ressaltando a interface com gravidez e sexualidade, no contexto político atual, o que exige um certo encorajamento de quem se propõe fazê-lo.

Essa pesquisa por si, já constitui certa resistência, como falar de parto de adolescentes, quando não se deve mencionar nem a gravidez nessa fase? e ainda mais buscando compreender esse fenômeno na visão das próprias meninas? De já esclareço, não quero aqui ao criticar o discurso da Ministra, me colocar em prol da gravidez na adolescência, incitando-a, e sim busco problematizá-la, fazer um exercício de relativização, entender como se constroem os discursos que ouvimos no dia a dia, os conceitos e significados que adquirem campanhas, a exemplo da intitulada *“Adolescência primeiro, Gravidez depois - Tudo tem seu tempo”*.

Este foi o slogan da primeira campanha lançada a partir da criação da Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, pelo Governo Federal, por intermédio da Lei nº 13.798/19. Com essa campanha, que deve ser realizada anualmente na primeira semana de fevereiro, o Estado pretende sensibilizar os adolescentes sobre os efeitos indesejáveis de uma “gravidez precoce” (BRASIL, 2019).

Não fora utilizada, explicitamente, uma orientação voltada para a abstinência sexual nessa campanha, mas é possível observarmos que existe um direcionamento para isso, subjaz um apelo para a postergação do início da atividade sexual, e encobrir a necessidade de pautar o assunto sexualidade no contexto dos meninos e meninas. Ademais, a escolha pela abstinência sexual ou postergação da iniciação sexual deve ser considerada de caráter íntimo e pessoal, de qualquer homem ou mulher, independentemente de faixa etária (CABRAL; BRANDÃO, 2020).

Minha saída do campo e conseqüente mergulho na escrita deu-se paralelamente as discussões e polêmicas instaladas em torno da campanha *“Adolescência primeiro, gravidez depois – tudo tem o seu tempo”*, por todas as questões que foram elencadas, por tratar-se de

uma campanha que aborda o tema da gravidez na adolescência e que por mais que não seja meu objeto de pesquisa em si, nada mais pertinente que pensar sobre a essa campanha, que ressoa o ideário de grande parte da sociedade sobre a gravidez na adolescência e refletir sobre de que maneira os discursos *oficiais* constroem a normatividade de pensamento das pessoas.

Não que tenha sido objetivo deste estudo analisar a fala, e o posicionamento de integrantes do atual governo, em especial, da Senhora Ministra a qual me referi e referirei, mas faz-se extremamente oportuno e necessário, refletirmos sobre a “(in) existência” ou incipiência das políticas públicas atuais que conformem a assistência à saúde dos adolescentes, no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos e mais especialmente às meninas.

Observa-se que com o passar do tempo, a sexualidade, principalmente de mulheres e jovens, foi sendo vista com comedimento. E sobressaltara-se um predomínio de forças reacionárias com a forte intenção de reprimi-la, mesmo sendo algo inerente ao ser humano. Ressalta-se a imprescindibilidade da sexualidade, que quanto mais prazerosamente for exercida, conduz a construção das pessoas como indivíduos autônomos, livres em suas escolhas (OPAS, 2017).

A repressão da sexualidade, instaurada em meados do século XVIII, ganhou novas roupagens na sociedade contemporânea. A disputa na arena política por setores conservadores que produziram profundo pânico moral nos anos 1970, no mundo, foram paulatinamente perdendo força com a expansão dos direitos difusos, provocando uma desestabilização de políticas públicas já consolidadas, reascendendo a luta pelos direitos humanos (OPAS, 2017).

Eis que como em uma espécie de jogo de tabuleiro, no qual tínhamos alcançado vitórias e avançado várias casas rumo a políticas públicas de saúde efetivas, com a mudança do Governo Federal observamos um retroceder nesse jogo. Para ilustrar essa fala, trago como exemplo a publicação da OPAS/OMS/MS, *Saúde e Sexualidade de Adolescentes*, no ano de 2017, no então Governo Temer, que abordou de forma inclusiva, e ampliada a questão da sexualidade na adolescência. Na referida publicação, observamos que a sexualidade deve ser pautada numa perspectiva de saúde, e também, de direitos. *Avançamos algumas casas.*

Chegamos em 2020. *Retrocedemos algumas casas.* Elaboração de um plano nacional de prevenção do sexo precoce? Uma política pública nacional para determinar a data correta de início de atividade sexual? Inicialmente, a ideia posta explicitamente era a de orientação de abstinência sexual para a prevenção da gravidez na adolescência, mas pressionados por diversas entidades como Sociedade Brasileira de Pediatria, Conselho Nacional de Saúde que recomendaram a retirada da campanha de abstinência sexual como medida de prevenção da gravidez na adolescência, foi retirado do mote da campanha, a orientação da abstinência sexual,

de forma explícita, mas percebe-se que, mesmo subliminarmente, essa mensagem ainda permanece.

A fala da Senhora Ministra nos remete a uma visão fatalista, normativa, discriminatória sobre a díade sexualidade-gravidez. Programas que envolvem a abstinência sexual, exclusivamente ou associado a educação e uso de métodos contraceptivos (*abstinence-only/abstinence-plus*), têm sofrido grandes críticas por sua ineficácia. Observa-se que programas como o norte americano que estimula unicamente a abstinência sexual entre as adolescentes até o casamento, são ineficazes tanto pela baixa eficácia, quanto pelo alto custo, além de não reconhecerem o direito que adolescentes e jovens possuem quanto à importância de conhecer seu próprio corpo e receber informações e cuidados adequados à saúde reprodutiva (SBP, 2020).

A Ministra no trecho acima, destaca a existência de consequências graves, físicas e emocionais para o sexo antes da hora, em entrevista oficial de divulgação da campanha “Adolescência primeiro, gravidez depois – tudo tem o seu tempo”, publicada no site do governo federal, e completou

“Esta campanha é um início, estamos ouvindo todo mundo. Queremos falar também das outras consequências do sexo precoce. O sexo precoce não traz apenas gravidez e DSTs. Existem outras doenças físicas graves para uma menina de 11 anos, um menino de 10 anos. Existem doenças emocionais, depressão, baixa autoestima, e nós vamos apontar todas as outras consequências do sexo precoce”. (Ministra Damares Alves, 2020)

Percorri a literatura, buscando encontrar referências sobre ‘a hora certa’, para compreender melhor o “sexo antes da hora”, a este respeito, penso que talvez estivesse sendo feita uma menção no tocante a idade, talvez, mas não encontrei nenhuma literatura que demarcasse em tempo, idade, ‘a hora certa’. Alguns estudos revelam os fatores associados ao início da atividade sexual, avaliam as diferenças sob a perspectiva de gênero, dentre outros, mas não observei referência quanto a ‘hora certa’ para o início da atividade sexual (AERTS et al., 2014; SILVA et al., 2015; BORGES, SCHOR, 2002).

Reflito ainda sobre as consequências graves tanto físicas quanto emocionais da prática do sexo antes da hora. Julgo necessária muita prudência no estabelecimento de nexos causais entre o sexo e tais consequências citadas, considerando que sim, existem pesquisas que apontam consequências importantes do início da vida sexual dita *precoce*, porém não há como generalizar dentro de um contexto tão heterogêneo, como no caso de nossa sociedade.

A Senhora Ministra lança alguns convites, pensa como estratégias para a campanha de prevenção da gravidez na adolescência, a elaboração de *cartilhas, a utilização as escolas como espaço para mostra de arte, música*, no entanto não observamos referência à educação em saúde, nem a inclusão dos adolescentes como protagonistas desse processo.

“Nossos jovens e adolescentes são seres pensantes. Não vamos colocá-los em uma manada, como se fossem movidos apenas pelo instinto sexual. São meninos e meninas que pensam, e que estão a fim de refletir, acreditem nisso. Vamos cuidar dos nossos jovens e adolescentes”. (Ministra Damares Alves, 2020)

Apesar de as escolas constituírem espaços de arte e cultura, e de que estes são importantes aspectos que devem ser trabalhados na formação dos jovens, atrelar a esses pontos medidas de enfrentamento à gravidez na adolescência mostram-se desconexos, e nos parece um dissenso, considerar que os ‘meninos e meninas são seres que pensam’, como apontado nesse outro trecho, e não trabalhar na perspectiva de educação e orientação.

A educação e informação adequadas representam a única ferramenta eficaz para lidar com questões como gravidez na adolescência, aliadas a serviços de saúde com profissionais capacitados que atendam a especificidades do grupo (SBP, 2020). Questiono-me se quando a Ministra discursa, *“Vamos cuidar das ‘novinhas’, e não apenas chamá-las para o sexo”*, ela estaria fazendo alusão à discussão sobre sexualidade e saúde como uma convocação para a prática sexual? Não observei em publicações científicas que abordam a temática, correlações entre trabalhos de educação em saúde e sexualidade para jovens e adolescentes com a incitação à prática sexual (SFAIR; BITTAR; LOPES, 2015).

Surge também a figura da ‘novinha’. Termo empregado para denotar o principal "objeto" de consumo enquanto uma via facilitada pela cultura para se desejar, a ‘novinha’. Esse termo provém do “*funk ousadia*”, recente subgênero do *funk* cujas letras apresentam temas recorrentes: conteúdos radicalmente pornográficos, envolvendo a figura da "novinha" e recorrendo a várias gírias para os órgãos genitais, em meio a polêmicas judiciais, boa recepção de seu público-alvo e má recepção de setores sociais conservadores (LIMA, 2018).

Consoante o uso do termo ‘novinha’ e sua associação ao *funk*, ressalto ainda que o uso desse termo utilizado pela Ministra, é muito utilizado nos bailes, e conforme apontado por Monteiro (2002), estes são espaços de convivência e sociabilidade, caracterizados pela ausência da vigilância familiar e da comunidade, e pela exposição de coreografias e estéticas corporais e pela grande concentração de jovens, o que o favorece o relacionamento entre os pares e a

experimentação sexual. Em seu estudo, Monteiro ressalta ainda que o baile foi a atividade de lazer mais citada entre meninos e meninas com experiência sexual.

Todos esses argumentos utilizados no discurso de lançamento da campanha de prevenção da gravidez na adolescência, desaguam no nó do ‘sexo’, observamos que existem uma gama de variáveis e fatores que se associam ao evento, podendo inclusive, tratar-se de um projeto da própria adolescente, como discutirei adiante, mas o que se observa é que os holofotes recaem somente sobre o sexo, e ainda optam por informar as pessoas com discursos impregnados de fatalismo e terror.

“Não é um assunto moral, nem tão somente de comportamento. Há muitas coisas que nos dividem e separam, mas a vida precisa nos unir. Eu acho que todos concordam com isso, então precisávamos fazer alguma coisa”.
(Ministra Damares Alves, 2020)

A Ministra Damares Alves salienta que a campanha de prevenção da gravidez na adolescência e a estratégia de ‘retardo’ do início da atividade sexual trata-se de um problema de saúde pública, e destaca não constituir um assunto moral. O que podemos observar é que a Senhora Ministra em suas colocações acerca da temática deixa claro sua visão e posicionamento sobre a questão da sexualidade na adolescência.

Sobre a desnaturalização de acepções biomédicas sobre a sexualidade, Foucault (1988) discorre sobre a relação intrínseca entre a produção de verdades e as relações de poder. O autor assegura que uma determinada visão é referendada como verdade a partir de um conjunto de relações tecidas pelo poder, ele critica a noção de neutralidade e de imparcialidade da produção científica, afirmando que a verdade é política, estratégica e controladora. Pela posição ocupada pela Ministra, observa-se o ordenamento de seu discurso em busca de legitimidade por meio de estratégia de dominação.

Observa-se a repressão ao sexo não fora introduzida ou intensificada nas sociedades modernas industriais. Pelo contrário, para Foucault (1985, p.21) houvera uma “explosão discursiva” do sexo na qual o dispositivo da lei é substituído por produções discursivas e técnicas variadas, por meio das quais o poder penetra e controla a conduta sexual de forma positiva, o autor questiona os estudos centrados na teoria da hipótese repressiva do sexo, expressa em proibições, negações e interdições sociais da força natural do sexo.

Não há como negar que a gravidez na adolescência é um evento que merece uma análise e uma tratativa plural. Existem consequências tanto de cunho individual quanto social que reverberam nas áreas da saúde, da educação dentre outros, no entanto observamos a

unilateralidade da campanha proposta, que em pleno anos 2020, após muitas investidas de estudiosos, ativistas juvenis, profissionais da saúde, de alguns gestores, na desconstrução de políticas públicas normativas, e formulação de documentos e (re) construção de políticas ampliadas sobre a saúde e direito dos adolescentes, acaba por sucumbir todos esses esforços.

A transformação das práticas dos sujeitos sociais, objetivando a prevenção de doenças, e neste caso da gravidez na adolescência, devem considerar a visão de mundo dos atores sociais que serão público da ação, isto é, os sentidos que eles atribuem à noção de cuidado com a sua saúde. A pluralidade de significados e a polifonia dos sentidos das práticas sociais exigem a construção de alternativas, orientadas, entre outros aspectos, pela perspectiva do ‘outro’, a quem a proposta é dirigida, e pela análise de suas repercussões, por isso a importância em discutir ‘com’ e não ‘para’ (MONTEIRO, 2002).

Ainda sobre a campanha sobre a prevenção da gravidez na adolescência proposta no Governo Bolsonaro, dois aspectos importantes se sobressaem, que sejam uma ênfase no retardo do início da atividade sexual como uma atitude essencialmente individual, para a resolução do ‘problema’, e a questão de gênero que se torna visível, quando ao observarmos o mote da campanha, verificamos o enfoque **nas** adolescentes, ‘novinhas’ nos termos da Ministra Damares, não ou pouco fazendo alusão à importância de se discutir essa temática também com os meninos.

Políticas preventivas sustentadas apenas na concepção voluntarista individual, entre populações com expressivas assimetrias sociais, econômicas, de gênero, raça e nível educacional, também faixa etária são limitadas. Para Weeks (1986), somente ações coletivas criam condições para escolhas individuais. Nesse sentido, ele desenvolve o conceito de democracia sexual, caracterizado por um processo de desmantelamento da exploração econômica, da opressão racial, da hierarquia de gênero e do autoritarismo moralista; enfim, de uma reformulação das forças políticas.

Políticas públicas voltadas ao exercício responsável da sexualidade na adolescência e ao enfrentamento da desigualdade de gênero, precisam contemplar o fortalecimento da escolarização, da autonomia pessoal, da capacidade dos adolescentes refletirem sobre suas escolhas afetivas e/ou sexuais, conhecerem e tomarem medidas de proteção à saúde, além do combate às discriminações de gênero, ao racismo, ao machismo, à homofobia, à transfobia. Esses são elementos imprescindíveis para o exercício da sexualidade com base na perspectiva do reconhecimento da alteridade e dos direitos humanos (CABRAL; BRANDÃO, 2020).

Observamos que o mote da campanha de prevenção da gravidez na adolescência da maneira que fora desenhada, veio impregnada de uma noção de risco, levando-nos a considerar

que as trajetórias individuais decorrem de escolhas pessoais descontextualizadas, levando-nos a responsabilizar as próprias adolescentes.

Corroborando com o dito por Duarte (1987) a sexualidade não foi um domínio sobre o qual as pessoas discursaram nesta pesquisa. Pelo menos não explicitamente. Durante minha vivência em campo, nos *settings* de parto, ou nas conversas informais, onde mais possivelmente eu ouviria, um ou outro comentário, alguma menção sobre sexualidade, sexo...eu não observei. Digo, e reitero, não explicitamente, os profissionais que assistiam as meninas, por vezes emitiam juízo de valor, verbalmente, mas voltado à condição da gravidez, como discutirei adiante. Pontuo esse aspecto, que me leva a seguinte interpretação, a sexualidade - a negativa desta -, e por sua vez do sexo, está nas entrelinhas das falas que julgam as meninas grávidas.

Me pego a pensar que de fato não percebi menções em tons de moralidade quanto a atividade sexual das meninas pelos profissionais de saúde, não escancaradas como por exemplo, as observadas no discurso da Ministra Damares na campanha de prevenção à gravidez na adolescência. Busquei na memória, nas minhas notas, nos diários, alguma fala, algum comentário por menor que fosse, mas não, os profissionais não se detiveram a atividade sexual em si, talvez porque eles a tenha naturalizado, talvez...

Carrara (2015) ressalta que o imperativo de falar sobre sexo parece estar não apenas em plena vigência, mas ter se intensificado enormemente nas últimas décadas. Penso uma ambiguidade, porque ao tempo que para uns é quase que ‘inconcebível’ falar sobre sexo/sexualidade com adolescentes, para outros soa como se já fosse algo tão natural que nem caberia mais falar. Essa é a sensação que tenho ao refletir sobre as interações entre os profissionais entre si e com as meninas ao pensarem sobre o sexo.

Como que natural ou que fosse em vão desaguar moralidades sobre a atividade sexual das meninas, sobre o fato de *tão novas já terem feito sexo*, essa temática não vinha à tona, e sim o fato de estarem grávidas, embora se apresentem indissociáveis nesse contexto, não era o sexo, e sim a gravidez que provocava os profissionais.

...Em seguida, o médico vai auscultar MSS e pede pra mim, “*você pode ficar ao lado enquanto eu toco ela, porque ela é de menor?!*” Fico ao lado dela, o obstetra vai pegar o material, entra na sala e dispara “*olha aí...com 14 anos, idade de ser filha e já é mãe*”. Nesse momento MSS olha pra mim, e sorri com o canto da boca, envergonhada. (Notas de Campo, março, 2020)

Em determinado momento do trabalho de parto de Marina, o obstetra referiu com um tom moralista, a correlação entre a idade dela e o fato de a mesma estar grávida, o moralismo se apresenta no conteúdo da fala, mas principalmente no tom de voz, no conjunto que se apresenta naquele contexto, obstetra... homem... a menina, 14 anos, sozinha... até mesmo na resposta de Marina, que sorri, envergonhada, acanhada, como quem não tem direito de fala, como quem somente pode e deve consentir com o que foi dito. Ele não fala com ela, fala dela, como se ela não estivesse ali, anulando-a, objetificando-a no ato da fala.

O mais próximo de um relato que esboçou moralidade, de forma explícita, quanto a atividade sexual, foi o da mãe de Gabriela, quando na entrevista ela comentou:

“No começo foi um constrangimento muito grande como mãe... E não foi fácil, foi muito difícil pra mim porque...logo, a G. só tem 15 anos, não tem experiência nenhuma, aí foi muito difícil pra mim” (Dona MM, acompanhante de Gabriela).

Quero deixar claro, que apesar dos poucos relatos moralistas acerca da sexualidade das meninas, a moralidade se fez e se faz presente ainda que de forma velada. É o que penso, por exemplo quando reflito sobre a fala de Dona MM, o constrangimento do qual ela fala, não advém somente do fato de descobrir sua filha de 15 anos grávida, mas também ‘pode’ advir do fato de a mesma já praticar sexo, ou seja, com a gravidez existe uma evidência pública que ela já fez sexo.

As moralidades se fizeram presentes, a meu ver, tanto nas poucas menções sobre o fato de as meninas já praticarem o sexo, quanto na ausência de reflexões sobre isso, como se não pudesse ser comentado nada a respeito, emergindo duas possibilidades, negacionismo do exercício sexual das meninas, ou até mesmo ausência de cuidado e atenção para com elas, que diante disso seriam vulnerabilizadas pela falta de orientação ou mesmo provisão de cuidados.

Com vistas a uma coerência dialógica, para falar de parto de adolescentes, seria necessário falar sobre a gestação e é claro, sobre sexo. Espero não incorrer em uma ‘confusão’ textual, mas no sentido de esclarecer possíveis imbróglis, explico. O start dessa seção veio com uma reflexão sobre a sexualidade, e sexo na adolescência. Utilizei como pano de fundo, a campanha “*Adolescência primeiro, gravidez depois – tudo tem o seu tempo*”, e aprofundei-me em uma das estratégias pensadas pelo Governo Federal, que trata dispõe sobre a atividade sexual das meninas, por entender a coalisão e a oportunidade dessa discussão, considerando que na mesma época na qual busca-se banir a gravidez na adolescência, eu escrevo linhas que

propõem um exercício de relativização deste evento e busco compreender o parto. Feito isso, agora é a vez dialogarem sexualidade, sexo e gestação.

O parto em si, é um evento intrinsecamente sexual, ainda que o processo de medicalização e hospitalização dos nascimentos nas sociedades ocidentais tenham o dissociado de sua natureza sexual. Na obstetrícia moderna geralmente não se reconhece essa sexualidade, de modo que as mulheres nem conseguem imaginar como podem se ligar um ao outro (LUZ, 2018).

Michel Odent (2002, 2005) ressalta que, assim como o sexo, dar à luz é um processo instintivo que depende da ação do cérebro primitivo, o qual deve exercer um domínio sobre o neocórtex, para transcorrer bem, e acrescenta que ambos os eventos são considerados experiências de êxtase que envolvem picos de hormônios específicos e particulares como ocitocina, endorfinas e prolactinas, de forma que, inerente e *hormonalmente* falando, parir é um ato sexual. O mais intenso, aliás, que mãe e bebê jamais experimentarão em suas vidas, se levarmos em conta os níveis de substâncias químicas liberadas durante o processo fisiológico (BUCKLEY, 2005).

Em sua tese, Carneiro (2015) aprofundou-se em analisar a questão da sexualidade nas cenas de parto, e pelos próprios relatos das parturientes, que ela mesma denomina “adeptas de um novo modo de parir”, tornando claro a ínfima relação existente entre a sexualidade e o processo de parto, destacou todos os traços comuns entre ambos, e o mais interessante que à interpretação das mulheres. Ainda que ela o tenha feito com mulheres adultas, e delimitado-as pela escolha do tipo de parto, faço esse adendo, para ratificar a correlação entre a sexualidade e o parto, ainda que esta não seja percebida pela grande parte dos profissionais de saúde, e pelas mulheres, e principalmente pelas meninas.

Esse espaço que destinei a discorrer sobre a sexualidade do parto, é tão somente para apontar o quão desafiador foi e tem sido a feitura dessa pesquisa. Existe um movimento de negar o parto como sendo um evento sexual, um processo de velamento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, e no que tange a grupos específicos formados a partir de marcadores sociais, esse processo se exacerba ainda mais. É nesse contexto que se faz necessário que não nos calemos, e busquemos compreender de que forma podemos assegurar o que é nosso por direito.

A sexualidade medeia e organiza a sociedade, estando inserida junto a identidade sexual no rol de direitos humanos. Desconectá-la da reprodução, naturalizá-la e não a encarar como um risco para aquisição de doenças, gravidez indesejada, e/ou sob a dicotomia de formulações normais/patológicas coloca a autonomia sexual da mulher como foco de atenção, o qual tem

obtido muitos avanços, apesar de persistirem polêmicas no entorno do direito ao aborto, e direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes, por exemplo (VILLELA; ARILHA, 2003).

O que se sabe, comprovadamente, é que programas de educação baseados na premissa de abstinência sexual são ineficazes (SANTELLI et al., 2017), assim como associar de forma linear ou causal o início da vida sexual e a ocorrência de gestação indesejada deve ser considerado um equívoco (CABRAL; BRANDÃO, 2020). As taxas de gravidez na adolescência são díspares em diversos países, o que desmonta a justificativa de o início da vida sexual ser o único responsável pela ocorrência de gravidez na adolescência. Fatores socioeconômicos, políticos e culturais impactam na maior ou menor incidência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gestações *imprevistas*, independentemente da idade de início de atividade sexual (BOZON, 2005).

Educação sexual, que implica falar sobre sexo, disponibilizar recursos necessários para prevenção, informações qualificadas, profissionais de saúde e educação capacitados na temática e que abordem as dúvidas dos jovens com a abertura ao diálogo sem moralismos (conceituais ou religiosos) são fundamentais para lidar com esse assunto junto aos próprios adolescentes, entretanto o que se observa é a interdição desse tema, é que somos uma sociedade heteronormativa, e que não estimula a discussão muito menos a relativização de assuntos como sexualidade, direitos reprodutivos, principalmente se tratando de adolescentes e jovens.

Relativizar a gravidez na adolescência, encará-la de outra forma que não como um problema de Saúde Pública, era uma realidade distante, conforme destaquei na minha trajetória metodológica, eu trazia comigo uma série de *pressupostos* que me faziam ver a gravidez na adolescência como um problema, de modo que almejei até estudá-la, e agora me pego com novos argumentos, que já me propunha adentrar no contexto do parto de adolescentes.

Digo isso porque observei de que modo a cultura, o meio social, forjam nossa maneira de compreender as coisas. Estando na maternidade, vi-me por várias vezes nos profissionais, nos acompanhantes e até mesmo nas meninas. Pensar a sexualidade, a gravidez na adolescência, o parto, é tão modulado por todo o contexto sociocultural, pelas moralidades, pelos costumes e religiosidade, e isso está tão imbricado em nossa sociedade, que ali, na maternidade, até esforcei-me em destrinchar meu objeto de pesquisa, conversar sobre outras perspectivas da ocorrência de gravidez e consequente parto na adolescência, mas ao ver que aquelas conversas, aqueles momentos de interação, que eram tão oportunos, não seriam suficientes, apenas me recolhia.

Sobre a sexualidade e sua correlação com a gravidez na adolescência repousa um imaginário dramático sobre a erotização de pessoas consideradas muito jovens, associada com

frequência com o que é qualificado como desestruturação familiar. Surge então o problema social, a gravidez dita *precoce* que compromete o futuro escolar e profissional dos jovens – no qual “a moralidade passa a deter caráter salvacionista e preventivista social” (HEILBORN, 2012, p.65).

É premente ainda no imaginário social que existe um momento ideal para engravidar, uma “idade certa”. Alguma menina, vez ou outra, comentava sobre ser “muito nova” para ter filho, algumas vezes esses comentários partiam das acompanhantes, de modo que observava que muito recaía sobre a “*idade certa*”, mas comecei a estranhar quem teria ditado essa idade, quais os critérios acionados para determiná-la, sobre isso elas não se debruçavam.

Recordo-me de estar acompanhando Tainá, 16 anos, na sala de pré-parto, não especificamente sobre ela, mas um momento me chamou atenção. Na sala de pré-parto não havia cortinas, então as parturientes e acompanhantes ficavam juntas, e ao tempo que compartilhavam o espaço, compartilhavam também suas histórias, trocavam ideias.

No leito ao lado de Tainá, havia outra parturiente, uma mulher em seus trinta e poucos anos (*julgo eu*), que já estava em trabalho de parto avançado, acompanhada de sua filha, olhou para Tainá e perguntou qual a idade dela, ela logo respondeu, *16 anos*, e então a jovem completou, “*é bom é assim mesmo, ter filho nova...tá vendo eu aqui com minha mãe, tenho 19 anos e já tenho idade pra ter um filho, mas ela que vai ter.*”

Desse relato emergiram algumas reflexões acerca da “idade certa” para engravidar, e me intrigou bastante o fato de ter vindo de uma jovem, que estava ali, como coadjuvante na cena de parto. Primeiro, ela, ao fazer esse relato, parece criticar o fato de a mãe estar parindo, ao tempo que expõe sua opinião e concordância com o fato de Tainá estar em seus dezesseis anos e já estar parindo, no entanto está em seus dezenove e como havia me dito ainda não engravidou.

Estudos biomédicos afirmam que existe uma idade ideal para se ter filhos, que é entre 20 e 29 anos, e que os extremos da vida reprodutiva estão sempre ligados a complicações perinatais, fazendo menção ao desempenho biológico do corpo da mulher, falando de uma performance reprodutiva (SCHUPP, 2006). No entanto ressalto que diferentes áreas do conhecimento analisam o mesmo evento sob diferentes perspectivas. Descartando a análise individual do campo biomédico, hoje considero que não existe uma *idade certa* para engravidar, ditada de fora, imposta por outrem, e sim o que deve existir são condições para que a pessoa, independentemente de faixa etária, possa exercer seu direito de escolha.

O termo gravidez na adolescência abarca uma faixa etária que já foi considerada ideal para se ter filho, mas hoje uma gravidez nessa mesma fase é considerada precoce. A explicação

sobre essa mudança se assenta no contexto da acelerada transição demográfica brasileira, em meados dos anos 1960, onde houve aumento no uso de contraceptivos e queda da fecundidade. (HEILBORN et al., 2002). O que intrigou foi que ao tempo que a fecundidade geral diminuiu, a fecundidade na contramão, aumentou. (BOZON, ENOCH, 1999).

A gravidez na adolescência ganhou importância em um contexto de mudanças nas expectativas depositadas nos jovens. Promessas de oportunidades quanto à escolarização, à vida profissional, a possibilidade de exercer a sexualidade desvinculada da reprodução, modularam a idade considerada ideal para se ter filho. Mediante “tantas” possibilidades, seria um desperdício engravidar nessa fase. Faço grifo ao termo tantas, propositalmente, porque essa argumentação não considera o fato de que essas oportunidades não são igualmente oferecidas para jovens de diferentes classes sociais (HEILBORN et al., 2002).

A acepção atual da gravidez na adolescência foi sendo construída ao longo do tempo, e resulta de pelo menos três modalidades de discurso, que foram paulatinamente se esquadrihando no campo. À medida que cada área se apoderava do tema, novas inflexões quanto aos determinantes, às consequências e à modalidade de risco decorrente dela surgiam (BRANDÃO, 2001).

A área biomédica detinha-se em enfatizar os perigos de uma gravidez precoce baseando-se nos aspectos biológicos e de risco para saúde materno-infantil. O discurso psicológico ressaltava os riscos psicossociais, condensados na categoria de imaturidade psicológica das adolescentes. A esses dois discursos, Camarano (1998, p.44) acrescenta "Além da maternidade precoce implicar em incapacidade fisiológica para gestar e incapacidade psíquica para criar, ela apresenta alta probabilidade de levar a criança a contrair doenças infecto-contagiosas, gastrintestinais, acidentais, etc."

O terceiro discurso discorre sobre as consequências adversas acarretadas pela gravidez na adolescência no contexto social. Alega-se que o aumento das famílias monoparentais chefiadas por mulheres implica o agravamento da pobreza e por conseguinte, aumento da delinquência e criminalidade. A deserção escolar por parte das mães adolescentes e inserção precária no mercado de trabalho são também acionados para defender a tese de que, mesmo que a gravidez na adolescência não instaure uma marginalidade social e econômica, ela a agrava (HEILBORN et al., 2002).

Esses são os discursos que ainda imperam no senso comum, na mídia, e nos mais diversos contextos. São abordagens que focalizam a gravidez na adolescência em uma versão homogênea, associada às noções de *problema* e de *risco* e, simplificam-na em uma mera relação entre ela e mães adolescentes pobres e solteiras, que devem ser encaradas como a

população-alvo de ações preventivas. De certa forma, podemos afirmar que ainda vivemos esse paradigma, prova disso são os modelos de campanhas, e políticas públicas que trabalham com esse fenômeno (HEILBORN et al., 2002).

Na contramão desses discursos que insistem em se imiscuir em nossa realidade social, emergem novas forma de pensar, novos paradigmas para explicar os fenômenos sociais. Pesquisas, a exemplo da GRAVAD, possibilitam conforme Duarte (2006), um exercício de relativização da visão do senso comum de problema da gravidez na adolescência, por meio de reflexões e análises do comportamento sexual, conjugal e reprodutivo dos jovens, de modo a romper com visões patologizantes.

Considerando que a gravidez na adolescência não é um fenômeno homogêneo, a depender do contexto social em que a adolescente vive, o significado da gestação, assim como o impacto dessa experiência de vida no desenvolvimento dela, pode assumir diferentes contornos, de modo que é preciso ter cuidado ao valorá-la, ainda que existam problemas intimamente relacionados, pode ter consequências consideradas positivas pelas próprias adolescentes (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Não investiguei junto às meninas e acompanhantes questões relacionadas as condições socioeconômicas, o que a posteriori se apresentou como uma importante lacuna, considerando que existe uma relação importante entre a gravidez na adolescência e o estrato econômico, no entanto aposto em uma especulação, considerando minha experiência anterior na referida maternidade como enfermeira que me leva a conhecer um pouco do perfil das parturientes atendidas.

As meninas, em sua grande maioria, advêm de classes econômicas de média a baixa renda, primeiro pela minha experiência prévia e, considerando que a maternidade atende exclusivamente a usuários do SUS, e na realidade de nossa capital, a prevalência de atendimentos nas maternidades públicas se darem a parturientes que não dispõem de planos de assistência à saúde privados. Mas aonde quero chegar?

Quero destacar que mesmo alguns estudos apontem a gravidez na adolescência como um desperdício de oportunidades, em muitos casos as expectativas sociais de escolarização, de profissionalização, e o próprio exercício da sexualidade desvinculado da reprodução, nem sempre fazem parte do imaginário das meninas mais pobres, que são as que mais planejam e acolhem a maternidade (MOREIRA; NARDI, 2009). Nem seria somente a gravidez... as expectativas e as promessas de oportunidades, se apresentam destoantes mediante a própria questão de gênero, independente de reprodução, e ainda com diferenças de classes, as

“oportunidades” talvez não estejam atreladas somente ao fato de terem filhos ou não, outras questões exercem grande influência para o acesso delas (ABRAM, 2006).

O que pude observar nesta pesquisa foi que, ainda que boa parte das meninas tenha referido que a gravidez não foi planejada, nenhuma relatou ou mesmo demonstrou qualquer descontentamento, qualquer estranhamento, em um sentido negativo, nem tampouco pareceram estar distantes da realidade, pelo contrário estavam conscientes em todo o trabalho de parto/parto, viveram todos os momentos tais quais as parturientes *adultas* vivenciam, e demonstraram compreender e acolher a realidade da maternidade.

O ponto em comum entre as meninas era a surpresa relatada ao descobrirem que estavam grávidas. Nenhuma das meninas que acompanhei durante essa pesquisa estavam planejando engravidar, mas também nenhuma relatou-me que era uma gravidez *indesejada*.

“No começo foi muito difícil pra mim porque eu era muito nova e eu queria primeiro me formar, me casar, e ter minha casa, meu emprego, pra mim poder engravidar aí quando eu descobri que tava grávida, eu surtei, não queria falar com ninguém, não queria ver ninguém, só minha mãe” (Keyla, 17 anos).

Tudo começa porque a despeito do imaginário da sociedade de que os adolescentes “são vacilões” (LEITE, 2012), bem como somente se expõem a comportamento de risco. Keyla tinha estabelecido alguns planos, alguns projetos de vida, estudos, trabalho, inicialmente não havia incluído a maternidade, entretanto embora com a surpresa e o primeiro impacto de saber que estava grávida, considerou a gravidez uma realização, *“Depois eu comecei a aceitar, comecei a entender tudo direitinho, comecei a aceitar e entender que eu tava realizando um sonho”*.

A maternidade na adolescência ao contrário do que o senso comum dita, pode adquirir contornos e significados diferentes. Conversando com as meninas, pude perceber que elas têm entendimento das mudanças acarretadas por uma gravidez nessa fase, mas a maioria delas, olha para essas mudanças de forma crítica, parecendo acolher de forma responsável as mudanças de vida que virão, e não veem como um retrocesso ou uma impossibilidade de seguirem com seus projetos de vida.

“Agora mudou muito, já mudou muita coisa, eu já pensava quando ele nascesse, eu iria me tornar mãe, mas agora já mudou muito, já tenho outros pensamentos, mudança de vida, e agora mãe, ser mãe, mas é uma experiência muito boa, muita gente falou...” *“você é muito nova, vai sofrer muito...”* *mas eu*

não me arrependo nem um pingo, desde o momento que eu engravidei, nunca pensei em abortar...sempre fiquei tranquila, pra mim foi a melhor coisa que eu fiz, a melhor coisa que eu fiz foi ter a felicidade de ser mãe” (Ana Valéria, 15 anos).

Em seus 15 anos, Ana Valéria, ao engravidar vislumbrou novas possibilidades em sua vida, ainda que o seu entorno social tenha ressaltado as dificuldades que ela vivenciaria, ela considerou positiva a experiência de engravidar. Para Rangel e Queiroz (2008), a maternidade na adolescência traz consigo uma série de expectativas e responsabilidades que limitam as possibilidades de exploração de alguns projetos, porém pode proporcionar, ao mesmo tempo, um novo espaço de constituição da identidade.

É fácil de perceber nas falas da meninas a importância que esse novo papel tem em suas vidas, não se trata de romantizar e dizer que vivem em um “conto de fadas”, mas nas falas e semblantes de todas, pude perceber que era algo transformador, ainda que não pudéssemos prever tudo o que viria com este novo papel. Se observa que, independentemente de elas terem ou não desejado ser mães, o papel materno se impõe e passa a assumir um espaço significativo em suas vidas (FALCÃO; SALOMÃO, 2005). Apesar do ‘sonho’ realizado, Andrade, Ribeiro e Silva (2009) apontam que a despeito do grande amor que referem pelos filhos, vale destacar que as adolescentes enfrentam dificuldades reais para cuidar, especialmente de ordem financeira e ausência de suporte.

A gravidez na adolescência pode ser considerada uma experiência gratificante, apesar de muitos estudos abordarem aspectos negativos, a literatura também aponta que ela pode representar busca por reconhecimento e concretização de um projeto de vida viável para algumas adolescentes, principalmente em contextos em que não existem muitas alternativas de implementação de outros projetos de vida, podendo assim ser fonte de reconhecimento social e identidade feminina (RANGEL; QUEIROZ, 2008; PANTOJA, 2003; DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Além dos impasses, a gravidez na adolescência também pode oferecer possibilidades, sobretudo em um contexto sociocultural no qual o papel materno é muito valorizado, pode tornar-se uma experiência de construção de identidade (LOSS; SAPIRO, 2005). Uma pesquisa realizada com adolescentes em Belém do Pará concluiu que, apesar de algumas meninas ocultarem a gestação ou até realizarem abortos, que é considerado um grave problema de saúde pública, há diferentes práticas e discursos que indicam o significado positivo da gravidez com uma experiência que pode significar uma mudança de *status* social (PANTOJA, 2003).

“Pra mim tá acontecendo a melhor coisa da minha vida, mas primeiro eu vou terminar os meus estudos quando ele tiver maior, e seguir em frente. Arrumar um emprego. Eu não ia querer um aborto depois que eu descobri que tava grávida, porque é que nem minha mãe fala, o que aconteceu, aconteceu” (Marina, 14 anos).

Podemos observar na fala das meninas que apesar dos impasses, a gravidez veio como uma realização, embora como gosto de enfatizar, saibamos que o momento no qual realizei a pesquisa, horas após o parto, é um momento de muita emotividade, mas o sentimento verbalizado por elas foi o de contentamento. Um aspecto digno de nota foi relatado por Marina, ainda que eu não tenha perguntado, nem tampouco, verbalizado sobre aborto, Marina, abordou o tema em sua fala, assim como Ana Valéria, quando disse “... *nunca pensei em abortar...sempre fiquei tranquila, pra mim foi a melhor coisa que eu fiz, a melhor coisa que eu fiz foi ter a felicidade de ser mãe*”.

Outro momento em que foi citado o aborto, foi durante a entrevista de Keyla, quando ela comentava sobre como havia sido a descoberta da gravidez, e todo o início, ela falou sobre comentários que havia escutado...

“... as pessoas... muitas vezes... por eu ser nova diziam que eu poderia abortar e tal... e eu sempre fui contra, aí eu não quis... eu disse que ia ficar (levar a gestação adiante) e pronto, e o melhor pra mim foi porque eu tive muito apoio da minha família, do meu esposo, da minha mãe, ela disse que ia me apoiar, que ia ficar do meu lado”. (Keyla, 17 anos)

Ainda que eu considerasse importante saber de quem viera esse comentário, quem teria a sugestão sobre um possível aborto, um familiar? um de seus pares? Enfim, não a indaguei sobre, mas concordo que seria interessante refletir sobre que fatores exercem influência para a opção por um aborto pelas adolescentes. Todavia, assim como as outras duas meninas, ela também falou de modo muito espontâneo e rápido sobre o aborto e sobre o fato de não concordar.

As meninas comentaram sobre o aborto porque é uma realidade, de fato o aborto é uma possibilidade para muitas adolescentes, e na maioria das vezes ainda é realizado de forma insegura (BERQUÓ; GARCIA, LIMA, 2012). Ainda que não existam números específicos sobre aborto entre adolescentes no Brasil, a Pesquisa Nacional do Aborto, realizada em 2016,

entrevistou 2.002 mulheres urbanas e alfabetizadas, verificou que 9% daquelas com idade entre 18 e 19 anos relataram já ter feito um aborto (DINIZ, MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Considero relevante destacar que no universo de quatorze meninas acompanhadas nesta pesquisa, somente três tenham de algum modo versado sobre aborto e todas de maneira espontânea, visto que ainda que escape ao objeto de pesquisa, está intimamente relacionado a gravidez/parto, sobretudo quando pensamos na fase da adolescência, por acabar sendo uma alternativa para que as meninas não sigam com a gestação, e por todas as consequências advindas de um aborto em um país no qual o mesmo é considerado crime.

As meninas sempre correlacionavam a gravidez com os estudos, ainda que no meu roteiro de entrevista constasse um campo no qual eu indagava-as sobre os estudos, a maioria delas o abordou mesmo antes de eu perguntar. Não é de estranhar que elas o tenham feito, outra premissa que define a gravidez na adolescência como problema é sua relação com evasão escolar (DIAS, AQUINO, 2006).

Estudos apontam que a evasão escolar precede a gravidez na adolescência, assim as meninas engravidariam depois que já não frequentavam mais a escola, atestando que o contexto de pobreza e falta de oportunidades é um determinante para a gravidez e não o inverso (REYES; ALMONTES, 2014). Apesar de alguns estudos apontarem a evasão escolar como precedente da gravidez na adolescência, outros indicam que a gestação na adolescência seria uma das causas da evasão escolar (AQUINO et al., 2003).

Entre as meninas neste estudo todas pararam os estudos quando descobriram que estavam grávidas, nenhuma já havia abandonado os estudos previamente a gestação. Umas logo que descobriram, outras somente quando a gravidez estava mais avançada, mas de alguma forma todas suspenderam os estudos, entretanto praticamente todas as meninas enfatizaram veementemente que retornariam aos estudos o mais breve possível.

“Tava estudando, parei, mas eu quero voltar a estudar, não sei com quem vou deixar ela, não sei como vou fazer...eu ainda vou avaliar como vou fazer pra estudar, o pai quer que eu volte a estudar só quando ela tiver um ano, mas aí eu vou perder um ano? Eu não quero, dá pra deixar ela com alguém quando ela tiver durinha pra ir estudar. De manhã, nem de tarde não dá, mas a noite eu posso continuar meus estudos” (Gabriela, 15 anos).

Em seu relato, Gabriela deixa claro que quer retornar aos estudos logo que possível, inclusive já aventa as possíveis estratégias de como fará por conta dos cuidados com a bebê. Acho muito interessante quando ela interroga, *perder um ano?*, seu discurso deixa claro que ela

valoriza e compreende a importância de concluir seus estudos e de que a gravidez ainda que denote mudanças em sua vida, não significa interrupção dos projetos de vida.

A experiência de gestação na adolescência não seria necessariamente um fator limitador das oportunidades de escolarização e da busca por um futuro melhor. Pantoja (2003) observou em sua pesquisa, que a maternidade adolescente fortaleceu a permanência das meninas na escola, estando a escolaridade associada, na concepção delas, às noções de mobilidade social e ao projeto de "ser alguém na vida". Assim, permanecer na escola seria como uma oportunidade para oferecer uma vida melhor ao filho.

Apenas uma das meninas, Gisele, 18 anos, relatou que não tinha vontade de retomar os estudos, "*Não pretendo voltar a estudar porque é muito complicado, ser dona de casa, ter filho, e estudar. Agora se eu fosse solteira e tivesse que estudar, eu deixava meu filho com minha mãe*". Gisele referia-se a tentar uma universidade, ela que já havia concluído o ensino médio, deixou claro que não tinha intenção de dar continuidade, e seu discurso denota que o seu companheiro é o provedor do sustento e sendo a mesma dona de casa, não conseguiria articular todos esses papéis.

Apesar de Gisele ter relatado que não tinha interesse em retomar os estudos, a maioria das meninas, que ainda não haviam concluído o ensino médio, ressaltaram que queriam, logo que possível. Mas a vontade, o desejo delas em retornar para as atividades escolares não são suficientes para garantir esse regresso. Os desafios se apresentam ainda na gestação, quando muitas adolescentes abandonam a escola por constrangimento, por pressão dos professores, diretores e até mesmo da família, que julgam a situação como vexatória (OLIVEIRA, 1998).

Seguem-se os desafios... após o parto, já com a criança há um acúmulo de responsabilidades, é quando se faz necessário suporte, por exemplo, da família, caso a adolescente deseje voltar a estudar, isso porque existe uma ineficiência do Poder Público, que poderia e deveria atuar garantindo creches que atendessem as crianças enquanto suas mães estivessem estudando. A maternidade quando vivida sem efetiva proteção de políticas públicas, sobrecarrega ainda mais a mulher. A ausência do Estado impede o exercício da cidadania e reforça a responsabilização da adolescente pelo cuidado consigo mesmo e com seu filho, sendo ela chamada a cuidar, apoiar, proteger, quando esta deveria estar sob proteção (MARTINS, 2012).

No estudo de Santos (2006), com mães adolescentes, constatou-se que a principais dificuldades vivenciadas por elas são falta de dinheiro, dificuldade de retorno aos estudos, falta de creche e de emprego. O que aponta para ausência de apoio do poder público, o que leva as adolescentes muitas vezes a retornarem ou permanecerem junto a suas famílias, para garantir

essa rede de suporte. O apoio do Poder Público é fundamental para que as condições adversas da vida das adolescentes às levem a uma gestação como único projeto de vida. O Estado deve garantir condições ao pleno desenvolvimento em todas as esferas da vida, antes, durante e após a gestação.

As meninas destacaram em suas falas que tinham interesse em retornar aos estudos após o nascimento do bebê, e que precisaram contar com o apoio de suas famílias, na verdade este suporte faz-se necessário desde a gestação, e é ressaltado pelas meninas,

“...O melhor pra mim foi que eu tive apoio da minha família, do meu esposo, da minha mãe, ela disse que ia me apoiar, que ia ficar ao meu lado... Meus pais disseram que se eu não quisesse me casar, poderia ficar em casa, e seria bem tratada, o que mais me deu força, foi saber que tem famílias que não apoiam e eu tive esse apoio dos meus pais, da minha família”. (Keyla, 17 anos)

É muito comum a família, especialmente os avós, e destaca-se a figura da avó, no cuidado dos netos e também, no suporte financeiro (DIAS; AQUINO, 2006). Quando Keyla fala de apoio, apesar de não ter esmiuçado o termo, podemos entendê-lo como o cuidado com ela e com o filho, tanto no sentido literal, bem como quanto ao sustento e ao não abandono, e nessa leitura percebemos a menção às outras famílias que não apoiam, o que pode ocorrer pelos “constrangimentos” como fora citado por Dona MM, mãe de Gabriela, mas também pelas condições socioeconômicas desfavoráveis.

A maioria das meninas tendo interrompido os estudos durante a gestação, e esclarecido que desejam retornar, para tal precisam ser acolhidas pelo Poder Público. No estudo de Martins (2012), as adolescentes frequentaram a escola, em sua maioria, mas abandonaram os estudos na gestação ou logo após o parto, e não houve qualquer movimento da instituição de ensino, no sentido de mantê-las estudando ou motivá-las para retornarem, o que quando ocorreu, deu-se por conta de uma mobilização individual por uma necessidade de melhoria de vida para si e para o filho.

Na realidade o que podemos depreender dessas reflexões é que as meninas não se veem como detentoras de direitos, a elas escapa a noção de que são sujeitos de direitos e assim, devem receber do Estado todos os dispositivos de proteção e de garantia do exercício pleno de seus direitos. Elas muitas vezes não se reconhecem como detentoras de direitos, o que gera uma

ciclicidade, ao tempo que desconhecem, não se reconhecem, e não reivindicam, e levam-nas a reconhecer exclusivamente na família a obrigação de proteção e provisão de cuidados.

6.1 OS DIREITOS DAS MENINAS

As meninas não se veem como detentoras de direitos de proteção social, apesar de que não adentrei nessa investigação, faço essa extrapolação pelas falas delas, e de suas acompanhantes. Ainda que elas considerassem a retomada de seus projetos de educação, trabalho, quais fossem, elas ressaltaram suporte da família, e ficou visível que esse movimento tinha um cunho individual, em nenhum momento mencionaram o apoio do Poder Público.

Não observei na fala das meninas nada referente a direitos de proteção social, tampouco sobre direitos sexuais e reprodutivos. Na pesquisa de Campos et al (2018) para os adolescentes, saúde sexual era usar camisinha e conhecer IST's. Indicando uma tendência do tipo de informações que eles vêm recebendo, limitadas à prevenção, focadas no medo, com negação dos seus direitos sexuais.

Não se conversa sobre sexo com os adolescentes, sobretudo com as meninas desta pesquisa, considero que pouco tenha se falado sobre sexo, sobre sexualidade, no sentido mais amplo, como um dispositivo que deve ser garantido como direito, e lanço essa fala porque o pouco que se falou sobre conversas sobre a gravidez, experiências relacionadas, elas relacionavam às amigas, corroborando com outros estudos que apontam a influência dos pares (BORGES, 2007).

Observa-se um silenciamento de debates sobre a sexualidade de adolescentes a gravidez e a contracepção, os que abordam a gravidez se debruçam nos aspectos negativos, e não sob a perspectiva de direitos reprodutivos. Apesar dos avanços reais de movimentos feministas nos direitos reprodutivos e na libertação sexual, predominam as táticas de silenciamento negação da agência sexual das mulheres, e quando nos voltamos para as adolescentes, para as meninas, isso se exacerba (GUIMARÃES, 2019).

É necessário acreditar na capacidade de adolescentes de fazer escolhas com responsabilidades individuais e coletivas, propiciar informações qualificadas sobre sexualidade, orientações sobre ISTs/AIDS e métodos protetivos, além de oportunizar intervenções educativas emancipatórias e oferecer serviços de saúde para todos os adolescentes (CAMPOS et al., 2018). Júlia, 15 anos, fez um importante relato *“Descobri que estava grávida com seis meses, porque eu fazia uso de anticoncepcional, mas engravidei, no dia que soube, iniciei logo o pré-natal”*, embora a maioria das meninas tenha dito que não estavam usando

algum método contraceptivo, elas os citaram, o que demonstra que apesar do não uso, elas têm conhecimento destes.

Os direitos sexuais e reprodutivos vão além da prescrição de métodos contraceptivos com vistas a prevenir a gravidez *precoce*, e IST's, no entanto há deficiências na implementação das legislações e pouco conhecimento sobre estes direitos por parte dos adolescentes e dos profissionais da saúde, e acredito que não somente o pouco conhecimento, mas por um moralismo que é posto e que acaba por embasar as discussões sobre eles numa perspectiva prescritiva, normativa que dita modelos e regras para o exercício da sexualidade e da vida reprodutiva (ÁVILA, 2003).

Nada fora explicitado sobre questões relativas aos direitos sexuais e reprodutivos nem por parte das meninas, nem de seus acompanhantes, menos ainda por parte dos profissionais durante minha estadia em campo, e observemos... as meninas ainda que possam não os ter gozado em sua plenitude, de certa forma os experimentaram, ambos... considerando que haviam experimentado relações sexuais e engravidado.

Minayo e Gualhano (2015) acreditam que há, pelo menos, três entraves nos serviços de saúde para adolescentes: obstáculos para o acesso; dificuldades dos profissionais para lidar com assuntos polêmicos relativos à sexualidade e a falta de reconhecimento dos jovens como cidadãos. Outro ponto que considero crucial para a dificuldade em lidar com a sexualidade e a vida reprodutiva dos adolescentes recai sobre moralidade que cerceia e controla os discursos que tangenciam essa temática.

Ainda sobre o fato de ter tido dificuldade de perceber nas falas dos atores desta pesquisa, elementos que me levassem a problematizar o exercício ou não dos direitos sexuais e reprodutivos pelas meninas, penso que tenha se ele tenha se apresentado justamente no silêncio, no não-dito que se sobressai em decorrência de moralidades. Esse silenciamento poderia ser resultante do pânico moral, definido pelo sociólogo Stanley Cohen (2011) como “uma condição, episódio, pessoa ou grupo de pessoas que ameaçam os valores morais da sociedade e seus interesses”.

É nesse prisma que os adolescentes vivem, e os profissionais se ancoram, compreendendo a atividade sexual de adolescentes e a gravidez como desordem, tendo, portanto, que serem silenciados ou negados. Julgo ter sido este um dos motivos de pouco conseguir fazer uma análise sobre essa seção. Outro fator que me levar a considerar que os profissionais tenham dificuldades técnicas para lidar com os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e, especialmente das meninas em questão, é que já estive no lugar deles, inclusive

no mesmo cenário, e embora não esteja fazendo uma pesquisa retrospectiva, considero importante resgatar essa memória, que endossa essa minha hipótese.

Antes do parto, a gravidez, e antes da gravidez, a possibilidade de as meninas gozarem de forma plena de seus direitos sexuais e reprodutivos, apesar de vivermos numa sociedade moralista e principalmente apesar de que, a despeito dos esforços de especialistas e estudiosos para implementar políticas públicas que efetivem esses direitos, vivamos atualmente um retrocesso na agenda política dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em meio a divagações e devaneios, uso o termo ‘finais’ apenas para demarcar o lugar que ocupa essa seção na tese. Não o percebo como um adjetivo, como algo finalizado... findo, mas como um abrir de portas para novos conhecimentos, para futuras elucubrações.

São inúmeros, incontáveis os estudos sobre o parto. Objeto de pesquisa nada recente, vem sendo investigado há muito, pelas mais diversas áreas do conhecimento. A história do parto e sua evolução, os tipos de parto, os modelos de assistência ao parto, são várias as vertentes de investigação que o tem como elemento central. Das diversas áreas, para um leque imenso de objetivos, nesse infinito de possibilidades... eu escolhi o parto na adolescência.

Mas não qualquer aspecto do parto na adolescência, até porque outros investimentos já existem acerca dessa temática. Alguns versam sobre as expectativas das adolescentes, alguns sobre a visão dos profissionais, outros se voltam para avaliação, eu optara por não somente investigar, mas acompanhar o parto. Nesse ínterim haveria um pouco de todos esses pontos, mas o intuito seria maior, seria não se deter em um ou outro aspecto do parto, mas na experiência delas em suas diferentes etapas.

O parto, apesar de singular, é um evento social. Foi considerando esse aspecto que busquei para além de compreender as experiências das meninas, explorar as interações, práticas e moralidades que se apresentam nesse contexto. Daí ter-me aproximado também dos outros atores presentes no cenário para esse entendimento.

Para compreender os sentidos da experiência do parto para as meninas, e as dinâmicas interacionais entre os atores nos *settings* de parto, precisei sair da minha zona de conforto e navegar por outros mares, nunca dantes navegados, para tanto me aproximei da antropologia e etnografia, e adentrei neste universo.

A despeito da imensa pluralidade teórico-metodológica, busquei âncora nesta que se mostrou adequada para meus objetivos. O movimento de aproximação com essa metodologia nem sempre fora sereno, busquei trazer esses des (ajustes) durante toda a construção da tese. Entretanto, é tempo de salientar o que mais me exigira, o hibridismo de papéis, pesquisadora-enfermeira-pesquisadora. Houve momentos em que pensei não os conseguir equilibrar, pensei inclusive que esse hibridismo pudesse interferir na minha capacidade analítica, na maneira de relacionar-me com o tema.

Alcansei a maturidade da minha pesquisa. Enquanto eu lutava contra o hibridismo de papéis, não conseguia aproximar-me, nem me distanciar das meninas e dos demais atores, o que veio a acontecer quando eu compreendi que ambos poderiam permanecer, um cedendo

espaço ao outro quando necessário fosse. Assim, eles coabitam em mim, mesmo agora enquanto passeio por essas linhas ‘finais’.

Na Maternidade, cenário deste estudo, observei a coexistência de dois modelos de assistência ao parto, um modelo tecnocrático, intervencionista que ainda se apresenta com preponderância, e um modelo que se pretende humanizado, coloco deste modo, porque mesmo sendo a instituição integrada e reformada à luz da Rede Cegonha, ainda não fundamenta todas suas práticas no que é preconizado pela esta Política. Nessa encruzilhada, as meninas desconhecendo o que ambos significam, não conseguem avaliar um modelo ou outro. Elas não têm conhecimento, não sabem as diferenças entre intervenções desnecessárias e boas práticas, não lhes são apresentados esses conceitos, muitas vezes seus acompanhantes, provam do mesmo desconhecimento, então como cobrar, como estranhar o que não se conhece?

Ainda que o modelo de assistência, as intervenções e a não-observância de direitos se deem a todas as parturientes, independentemente da idade, com as meninas, isso ocorre de forma acentuada. As relações de poder já existentes entre o profissional e a parturiente se asseveram quando considerada a faixa etária. As meninas são muito expostas a essa relação de poder e isso se percebe claramente nos *settings* de parto. Desde a entrada no serviço, por exemplo, quando ainda na recepção, no momento de preenchimento da ficha de atendimento, nem mesmo os seus nomes respondem, tendo sempre alguém, um ‘responsável’, para falar por elas.

No itinerário delas dentro do serviço, isso vai ficando mais claro, essas relações de poder não se estabelecem somente entre profissionais e as meninas, mas também entre elas e seus acompanhantes. Com os profissionais, se destaca porque, no *setting* o poder do profissional é ‘soberano’. Disso, podemos compreender, portanto, o motivo pelo qual determinadas práticas, que se aproxime de uma violência obstétrica, por exemplo, menina e acompanhante se silenciem.

Para compreender as práticas envolvidas no parto, foi preciso percorrer junto às meninas todo o seu itinerário. No mapeamento das práticas, foi possível perceber, dentre aquelas exercidas pelos profissionais, as que configuravam intervenções, quer seja necessárias ou, (*na maioria das vezes*) desnecessárias, e as que constituíram situações de violência obstétrica. A proximidade conferida pela etnografia me permitiu tanto observar quanto participar do contexto de implementação das práticas que foram meu objeto de investigação. Daí o meu o intuito de trazer, por exemplo, o relato do trabalho de parto de Laís. Estando com ela, assim como com as outras meninas, pude atestar a polarização dos modelos nos quais se assentam as práticas assistenciais naquele contexto.

Intrigou-me muito o fato de as meninas não questionarem quando lhe era negado o direito ao acompanhante de sua escolha. Prática recorrente na Maternidade, não somente nessa, mas em muitos serviços, os profissionais negavam o acesso do acompanhante quando este era homem, utilizavam várias justificativas para isso, mas a questão basilar, tratar-se de uma lei, não era sopesado. Não era uma privação do direito, *ah! se tiver alguma mulher que possa lhe acompanhar, por isso e aquilo...*, mas acabou sendo, como pudemos perceber com algumas meninas que ficaram sozinhas por terem para seu suporte somente seus companheiros. No caso das meninas, ‘negar-lhes’ o direito a acompanhante, nos provoca ainda mais, quando consideramos o que o ECA garante a elas a observância desse direito (BRASIL, 1990).

As práticas, as intervenções, foram inúmeras, e o que chama atenção é que elas ‘se’ mascaram de boas práticas, de uma prática comum, e que, portanto, devem ser feitas e é para o ‘bem’ da parturiente. Acontecem com todas as parturientes, utiliza-se da relação assimétrica de poder, e do julgamento de que, sendo profissionais, eles que detém o conhecimento e, portanto, “*sabem o que estão fazendo*”, quanto as meninas, aliado a essa justificativa, somam ainda alguns pretextos sem razoabilidade, pautando-se, por exemplo, nas condições físicas e psíquicas das meninas para fundamentar intervenções desnecessárias, a exemplo da cesárea.

Consoante a afirmação de Mandarinino et al (2009), considero a cesárea como intervenção maior a qual as meninas foram submetidas. Tendo as acompanhando desde o pré-parto, pude observar quais eram os motivos elencados para a indicação da cesariana, alguns acessei durante as avaliações do obstetra, outros eu mesma perguntei, era compelida a tal, porque na maioria das vezes as meninas e acompanhantes ficavam demasiado ansiosos porque haviam sido informados da realização da cirurgia, mas não sobre os motivos, no intuito de gerar amenidades, me coloquei nessa interlocução, mas confesso que havia também um interesse pessoal e de pesquisadora em saber.

A proporção de cesarianas nessa pesquisa foi mais de duas vezes maior comparado ao parto normal. Dez meninas tiveram cesariana e quatro, parto normal. Ainda que não constitua objetivo desse estudo pensar quantitativamente, essa discrepância nos tipos de parto nos chama atenção. Interessante resgatar um estudo de GAMA et al. (2014), realizado com adolescentes primíparas que observou uma proporção elevada de cesarianas, e destacou as possíveis consequências desse achado, como as possíveis implicações em gestações posteriores, semelhante a este estudo, as meninas em sua maioria, eram primíparas e foram expostas a cesárea.

Outro aspecto que nos intriga é pensar que o estudo de GAMA et al. (2014) foi realizado nos anos 2011 e 2012, e quase uma década após, não verificarmos mudanças, inclusive a

proporção encontrada nessa pesquisa fora maior. Apesar de todo o investimento em pesquisas e estudos que problematizam a cesárea, observamos que as meninas são sim, muito expostas a cesariana, e que somente a faixa etária, isoladamente, não justifica indicação.

Reflico ainda não somente a proporção elevada de cesarianas, mas também os motivos levantados pelo obstetra para sua indicação, e chama-me atenção quando eles imputam às meninas, a realização da cirurgia. Como destaquei anteriormente, chegaram a mencionar que o faziam por conta do sofrimento da menina. Dias (2006) também identificara essa justificativa em seu estudo, além de outras justificativas que se constroem nos arranjos e rearranjos organizacionais e de conveniência dos próprios médicos.

A proporção elevada de cesarianas, e das demais intervenções se dão às parturientes de maneira equivalente, as justificativas destacadas pelos obstetras quando da não-real indicação de cesariana, revelam que eles atuam em um mesmo *Modus operandi*, não havendo distinção entre adolescentes e mulheres *adultas*. Tal similaridade nos provoca a pensar que no tocante as práticas assistenciais, independentemente de quaisquer características, que sejam biológicas, sociais, culturais, elas não são acionadas para balizar as condutas.

Para elas, ter acesso ao serviço, ter tido o parto em uma maternidade, com ‘segurança’, com uma equipe de profissionais, é o que elas consideram positivo, e principalmente o desfecho do parto, ter seus bebês, em seus braços, saudáveis, é que importa. Mesmo as meninas que vivenciaram as situações mais difíceis, relataram sua satisfação no parto. Como dissera anteriormente, por medo ou pelo não reconhecimento da prática, várias são as possibilidades para explicar como elas adjetivam sua experiência.

As interações que se estabeleceram nos *settings* de parto, não só por constituírem um de meus objetivos de pesquisa, mas por suas singularidades, me provocaram por demais. Minha posição de observadora fora um tanto facilitadora para que eu percebesse as nuances das interações que ocorrem entre todos os atores na cena de parto e que, não conseguira ver, enquanto ocupava este papel.

Os profissionais e os acompanhantes relacionam-se com a menina que está por parir, de modo a assegurar uma relação de poder, mas também de cuidado. As meninas durante o trabalho de parto e parto, de uma forma geral, encontram-se fragilizadas, e de certa forma ‘entregues’ aos demais ali presentes. O ineditismo do evento, o desconhecimento sobre os processos, as levam a confiar nos outros atores, mas não um confiança de uma relação de ambivalência, e sim de hierarquia.

Para os profissionais, essa relação aparenta ser bem-vinda porque ao tempo que assegura sua prática, não a questiona. E para o acompanhante também porque atesta o motivo de sua

presença na cena. Os mesmos que cuidam também são os mesmos que julgam. Foram muitos os julgamentos que ouvi e percebi nos *settings* de parto. Verbalizados, direcionados, ou mascarados, muito é dito e muito existe no não dito. Os profissionais não escondem a sua contrariedade quanto a gravidez das meninas.

“*Nessa idade e já tem filho...*”, os julgamentos morais estão em falas como essa, mas também nas expressões faciais quando ouviam as meninas dizerem suas idades, nos “*hum hum*” com tom de reprovação quando as meninas, encantadas, teciam comentários carinhosos com seus bebês... como que pensassem “*nem sabem o que vem por aí...*”. Os acompanhantes, vez ou outra disparavam falas repletas de julgamentos morais, falavam o quão constrangedor tinha sido a descoberta da gravidez. Considero ainda que o silêncio, em resposta aos juízos de valor emitidos pelos profissionais e acompanhantes, equivalha a igualmente julgar, visto que soam como assentimento.

A estes julgamentos, nenhuma resposta, as meninas os ouviam, mas calavam-se, não reagiam. O silêncio e, às vezes a face ruborizada, eram resposta. O que se passava em seu interior? Como se sentiam? Ainda que eu tenha me dedicado a ouvi-las e incentivado que elas falassem e fizessem conforme quisessem, elas não falavam sobre esses julgamentos, sobre como se sentiam frente a eles. A resposta a esses julgamentos percebi-as nas colocações das meninas, quando destacaram o interesse em retornar aos estudos, ou quando elas falavam de seus projetos de vida. Soou como a resposta ao imaginário dos profissionais e acompanhantes quanto a imaturidade ou a ‘inconsequência’ das meninas. Como se elas nada falassem por não coadunar com o pensamento deles.

Sobre as meninas, ressalto que eram todas diferentes, suas reações, seus partos, tudo fora diferente, corroborando com a ideia de heterogeneidade da adolescência, elas seguiram essa tendência, de modo que em nada podia compará-las, ainda que esse não fosse o objetivo. Mas elas tinham algo em comum, todas elas, como se tivesse orquestrado, como se de alguma maneira elas tivessem ensaiado, a despeito de suas realidades diferentes, seus contextos de vida distintos, todas elas declararam o medo, todas as meninas, sem exceção, disseram que sentiram medo seguido de alívio.

Mesmo tendo sido unânime a referência ao medo e ao alívio, os motivos desse medo não têm as mesmas raízes. Medo do trabalho de parto, medo do desempenho no parto e de comprometer o bem-estar do bebê; medo da anestesia; medo do desconhecido, entre tantos outros medos. Os medos podem ser iminentes, ou do que está por vir. Elas não se detiveram a explicar minuciosamente os motivos do medo, no entanto, ficou claro que os sentiam por motivos e de formas distintas, não sendo os mesmos, nem tampouco enfrentados da mesma

maneira por todas, algumas sentindo-os tiveram que enfrentá-los sozinhas, outras para além do medo, ainda enfrentaram situações mais críticas, como no caso das que vivenciaram alguma cena de violência obstétrica.

Entre Medos e Alívio para enunciar como as meninas compreendem sua experiência de parto. Não deixa de nos provocar pensar que mesmo no século XXI, um evento natural e ao mesmo tempo cheio de simbolismo, gere essas sensações. O que está sendo feito ou não feito para que, a despeito de tantos investimentos em tantas áreas, ainda não alcancemos a “experiência positiva do parto”? Ouvir esses relatos das meninas, ainda nos provoca a pensar nas consequências dessa experiência para a vida delas, talvez o *alívio* sentido não tenha sido suficiente para aplacar o medo... *nenhuma referiu querer novamente passar por aquela experiência.*

Entendo o alívio proferido pelas meninas, em seu sentido real, de diminuição de sofrimento, de aliviar-se, sim, porque após a intensa dor, com a chegada do bebê, a enxurrada de hormônios que ocorre, levam-nas a uma sensação muito boa, de modo que não conseguem nem pensar na dor, “*no medo*”, que há pouco sentiram. Para além da explicação biológica, o fato de estarem com seus bebês, saudáveis, em seus braços, gera esse sentimento positivo, sem contar que até mesmo as que enfrentaram seus “*medos*” sozinhas, neste momento, sentem alívio, pois estão junto aos seus.

Já que acionara tantas vezes o *setting* de parto nesta tese, inspiro-me nele mais uma vez para pensar sobre o modelo de parto para as adolescentes. As meninas são as atrizes principais, as protagonistas, devendo ser consideradas em sua plenitude e na proatividade de seu papel, sendo as artistas principais da cena, os holofotes voltam-se para elas, e ressaltam-nas como elemento principal dentro do cenário, e não como um cenário sobre o qual devam agir.

Os profissionais e os acompanhantes não devem ser meros figurantes no *setting*. Figurantes são personagens que tem papel ilustrativo, com pouca ou nenhuma relação com o enredo ou com os outros personagens, portanto tanto profissionais como os acompanhantes devem assumir o papel de coadjuvantes no parto. Atores coadjuvantes auxiliam no desenvolvimento de uma história, são importantes, porém não mais que os protagonistas. Infelizmente observamos que os profissionais atuam quase que como usurpadores nos *settings*, o modelo tecnocrático desloca o papel de protagonismo das parturientes para os profissionais, principalmente ao médico.

Os acompanhantes, na maioria das vezes, agem como figurantes, primeiro porque a própria instituição não os vê como coadjuvantes, desconsideram a importância deles na cena do parto, segundo, porque eles não são orientados sobre seu papel, sua relevância e da garantia

de sua presença. Percebemos assim, que sua atuação como figurante não é de ordem pessoal e sim do contexto, de como as pessoas e a instituição asseguram seu papel na cena.

Na assistência ao parto na adolescência penso não haver um *script*, um modelo fixo, elaborado sob moldes cartesianos. Aposto em um modelo humanizado, sim, mas que seja erguido no contexto de heterogeneidade da adolescência. De fato, concordo com a falência e nocividade do modelo tecnocrático ainda imperioso, mas também penso que o modelo humanizado, da forma como o estamos conduzindo pode também acabar por conformar-se intervencionista, estaríamos apenas invertendo algumas práticas, mas não estaríamos respeitando as individualidades, e principalmente as escolhas das meninas.

Um modelo de assistência ao parto para as adolescentes precisa considerar as diferenças socioculturais existentes entre elas em si e especialmente, entre elas e as mulheres “adultas”. Compreendê-las sujeitos de direitos em primeiro lugar, porque daí, fluidamente outros pilares vão sendo construídos, como a oferta de práticas humanizadas, baseadas em evidências, mediante a escolha e consentimento das meninas. Uma assistência sob a qual julgamentos morais não interfiram de forma negativa, e onde as relações, e interações se estabeleçam de forma respeitosa e empática.

Considero certa limitação deste estudo não ter conseguido realizar as entrevistas com os profissionais como houvera previsto. Tendo-as planejado para o final do trabalho de campo, não consegui pela ocorrência da pandemia. Penso que teria trazido uma riqueza de significados e uma possibilidade de analisar sob a perspectiva de quem ‘cuida’, de quem assiste. No entanto, acredito que essa limitação surge mais como um campo de possibilidades para estudos futuros do que restringência. Isso porque as interações que presenciei, tudo que não fora planejado, estar no *setting* deles, na rotina deles, permitiu uma comunicação muito rica. Muito fora dito em silêncio. Os gestos, os murmúrios, as expressões faciais, ou simplesmente os silêncios falaram muito.

Peço licença às meninas para usar a mesma expressão... *entre medos e alívio* também resume um pouco da minha experiência na construção desta tese. Interromper o trabalho de campo devido a pandemia, e tê-la como pano de fundo durante toda fase de escrita foi muito difícil, por vezes surgira uma sensação de impotência, um passo para desistência. Mas, ao mesmo tempo, como em um movimento de resistência, a certeza de que não, o caminho era exatamente o oposto. Era resistir. O (des) Governo que banaliza, que nega, que desmonta a ciência, incitou-me a continuar.

Quando buscava inspiração, tinha desolação, quando me compelia a transpiração, me vinha estagnação. A tristeza e incerteza foram minhas companheiras esses meses. A incerteza

do amanhã, as notícias tristes todos os dias, a morte rodeando-nos, e cada vez mais se aproximando, tornaram esse momento de análises, de reflexões acerca da pesquisa, mais sombrio.

Considerando esses medos, agora o alívio, mas não o alívio que acomoda. Agora concluindo essa tese, penso contribuir para melhor compreensão de como lidamos com as meninas, de como precisamos avançar em percebê-las como sujeitos de direitos, de deixarmos que falem, e que nós escutemos. Alívio em compreender de que formas as práticas, as interações, e os julgamentos que os atravessam impactam na experiência das meninas, mas principalmente de que crente no nosso constante movimento, e incessantes inquietações, podemos possibilitar que, as meninas assumam seu protagonismo, os demais atores seus devidos papéis, e que novos *settings* possam ser construídos.

REFERÊNCIAS

- ABRAM, L. Desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 40-41, 2006.
- AERTS, D. R. G. C. et al. Fatores associados ao início da vida sexual ativa de escolares em uma cidade do sul do Brasil. **Aletheia**, Canoas, n. 45, p. 87-100, 2014.
- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. L. Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 15, n. 36, p. 79-92, 2011.
- ALMEIDA, S. et al. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2909-2918, 2008.
- ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEISCHER, S.; FERREIRA, J. **Etnografias em serviços de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- ANDRADE, M. A. C.; LIMA, J. B. M. C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- ANDRADE, P. R.; RIBEIRO, C. A.; OHARA, C. V. S. Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. **Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 662-668, 2009.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S377-S388, 2003.
- AREDES, J. S. et al. Reflexões sobre um fazer etnográfico no pronto-socorro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, e00118016, 2017.
- ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 465-469, 2003.
- AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: A heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, S377-S388, 2003.
- BARBOSA, G. P et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003.
- BECKER, H. S. **Método de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1993.

- BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LIMA, L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 685-693, 2012.
- BONET, O. **Saber e sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- BORGES, A. L. V. Pressão social do grupo de pares na iniciação sexual de adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. especial, p. 782-786, 2007.
- BORGES, A. L. V.; SHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2002.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
- BOUZAS, I.; MIRANDA, A. T. Gravidez na adolescência. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 27-30, 2004.
- BOZON, M. Novas normas de entrada na sexualidade no Brasil e na América Latina. In: HEILBORN, M. L. et al. Sexualidade, família e ethos religioso. **Religião e sexualidade**: uma relação íntima. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
- BOZON, M.; ENOCH, E. Brésil: la transition démographique rapide d'un pays hétérogène. **Population et Sociétés**, n. 345, 1999.
- BRAGA, A. A pedra, a informante, e o etnógrafo: ou sobre quando as expectativas das nossas idas a campo não se realizam. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 44-62, 2015.
- BRANDÃO, E. **Gravidez na adolescência: juventude contemporânea e laços familiares**. 2001. Projeto de Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.
- BRASIL. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**: manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.
- BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 11 jan. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Lei nº 13.798, de 3 de janeiro de 2019. Acrescenta art. 8º-A à Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para instituir a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. **Diário Oficial da União**, 2019b.

BRASIL. **Lei nº 4737, de 15 de julho de 1965**. Institui o Código Eleitoral. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L4737compilado.htm>. Acesso em: 12 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 maio 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha**: ambientes de atenção ao parto e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. 6. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Resumo executivo Saúde Brasil 2015/2016**: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes Aegypti. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **DATASUS**. 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 10 out 2020.

BRITO, M. A. Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2554-2556, 2012.

BUCKLEY, S. J. **Gentle birth, gentle mothering**. Brisbane: One Moon Press, 2005.

BUSANELLO, J. et al. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n.5, p. 824-832, 2011.

CABRAL, C. S.; BRANDAO, E. R. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00029420, 2020.

CAMARANO, A. A fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÕES EM DESENVOLVIMENTO. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998.

CAMPOS, H. M. et al. A fecundidade e a anticoncepção na população jovem. In: Comissão Nacional de Populações em desenvolvimento. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**, São João Del Rei. v. 13, n.25, p. 363-376, 2008.

CAMPOS, M. T. A.; SILVA, R. C. **Por que precisamos definir uma Adolescência?** In: Juventude, mobilização social e saúde: Interloções com políticas públicas/ organizado por Jorge Lyra, Benedito Medrado, Ana Roberta Oliveira e André Sobrinho. – Recife: Instituto PAPA/MAB/Canto Jovem, 2010.

CAPRARA, A; LANDIM, L.P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, 2008.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **O trabalho do antropólogo**. 2. ed. Brasília: Paralelo 15, 2000.

CARNEIRO, R. G. “De perto e de longe do que seria natural, mais natural e/ou humanizado: uma etnografia de grupos de preparo para o parto”. In: FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde* Rio de Janeiro: Editora Garamond, p. 243-266, 2014.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CARRARA, S. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 323-345, 2015.

CARROLL, L. **Aventuras de Alice**. São Paulo: Summus Editorial, 1980.

CARVALHO, V. F. et al. Como os trabalhadores de um centro obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 30-37, 2012.

CASSAB, L. A. Violência de gênero. In: FLEURY-TEIXEIRA, E. M.; MENEGHEL, S. N. **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. p. 376-378.

CEPAL. Conferência Geral sobre População e Desenvolvimento da América Latina e do Caribe. **Consenso de Montevideu sobre População e Desenvolvimento**. Documentos de trabajo. Montevideu: CEPAL, 2013.

CHAZAN, L. K. Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico. **Cadernos de Campo (São Paulo – 1991)**, São Paulo, v. 13, n. 13, p. 33-46, 2005.

CHIAVEGATTO-FILHO, A. D. P. Partos cesáreos e a escolha da data de nascimento no Município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2413-2420, 2013.

CLIFFORD, J. On ethnographic authority. **Representations**, n. 2, p. 118-146. Berkeley, CA: University of California Press, 1983.

CLIFFORD, J. Sobre a autoridade etnográfica. In: GONÇALVES, J. R. **A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX**. Rio de Janeiro: UFRJ editora, p. 17-62, 2002.

CLIFFORD, J. Sobre la autoridad etnográfica. In: REYNOSO, C. **El surgimiento de la antropología pos-moderna**. Barcelona: Gedisa, 2003.

CLIFFORD, J. **A Experiência Etnográfica: antropologia e literatura no século XX.** Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1998.

CLIFFORD, J.; MARCUS, G. **Writing culture: the poetic and politics of ethnography.** Berkeley, CA: University of California Press, 1983.

CLIFFORD, J.; MARCUS, G. **Writing culture: the poetics and politics of ethnography.** Berkeley, CA: University of California Press, 1986.

COHEN, S. **Folk devils and moral panics: the creation of the mods and rockers.** New York: Routledge, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1.246/1988.** Código de Ética Médica. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246_1988.htm. Acesso em: 12 nov 18.

COSTA, T. J. N. M.; HEILBORN, M. L. Gravidez na adolescência e fatores de risco entre filhos de mulheres nas faixas etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos em Juiz de Fora, MG. **Revista APS**, v. 9, n. 1, p. 29-38, 2006.

DADOORIAN, D. **Pronta para voar, um novo olhar sobre a gravidez na adolescência.** Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DAMATTA, R. O ofício de etnólogo, ou como ter “anthropological blues”. In: NUNES, E. **A aventura sociológica.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an american rite of passage.** Los Angeles: University of California Press, 2003.

DAVIS-FLOYD, R. et al. **Birth models that work.** Berkeley, CA: University of California Press, 2009.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, p. S5- S23, 2001.

DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. **Childbirth and Authoritative Knowledge: CrossCultural Perspectives.** Berkeley, CA: University of California Press, 1997.

DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

DIAS, A. B.; AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: Algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, p.1447-1458. 2006.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 123-131, 2010.

- DIAS, M. A pesquisa tem “mironga”: Notas etnográficas sobre o fazer etnográfico. In: BONETTI, A.; FLEISHER, S. **Entre Sais Justas e Jogos de Cintura**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2007.
- DIAS, P. F. et al. Concept formation of ambience for labor and normal institutionalized delivery. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, Suppl 3, p. 348-359, 2019.
- DINIZ, C. S. G **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. 1997. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- DINIZ, C. S. G, CHACHAM, A. S. O "corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões Saúde Reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.
- DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.
- DINIZ, S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.
- DINIZ, S.G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, p. 140-153, 2014.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S52-S62, 2004.
- DUARTE, L. F. D. A percepção sociológica de assuntos íntimos em grandes números. In: HEILBORN, M. L et al. **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Garamond, 2006.
- DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.
- DUARTE, L. F. Muita vergonha, pouca vergonha: sexo e moralidade entre classes trabalhadoras urbanas. In: LOPES, J. S. **Cultura e identidade operária**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1987.
- ENDERLE, C. F. et al. Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 287-294, 2012.
- FALCÃO, D. V.; SALOMÃO, N. M. R. O papel dos avós na maternidade adolescente. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 205-212, 2005.

FAÚNDES, A. et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 488-94, 2004.

FAVRET-SAADA, J. Ser afetado. **Cadernos de Campo (São Paulo – 1991)**, v. 14, p. 155-162, 2005.

FERRARI, W.; PERES, S.; NASCIMENTO, M. Experimentação e aprendizagem na trajetória afetiva e sexual de jovens de uma favela do Rio de Janeiro, Brasil, com experiência de aborto clandestino. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2937-2950, 2018.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Positivo, 2010.

FLEISCHER, S. **Parteiras, Buchudas e Aperreios**: uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. Belém: Editora Paka-Tatu, 2010.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução de Lígia M. Pondé Vassalo. Petrópolis, RJ: Vozes, 1977.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. Uma estética da existência. In: MOTA, M, B. **Ditos e escritos**: ética, sexualidade, política. v. 5. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

FREIRE, N. C. et al. Parto normal ou cesárea? a decisão na voz das mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 3, p. 237-247, 2011.

FREITAS et al. Comportamento sexual na adolescência e a relação como uso dos contraceptivos. In: SILVA, R. M.; CATRIB, A. M. F. **Promoção de saúde na adolescência e concepções de cuidados**. Fortaleza: EdUECE, 2014.

FURTADO, E. Z. L.; GOMES, K. R. O; GAMA, S. G. N. Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 23, p. 1-10, 2016.

GAMA, S. G. N. et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. Suppl 1, 2014.

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

GÉLIS, J. A individualização da criança. In: ARIES, P; CHARTIER, R. **História da vida privada**: da Renascença ao século das luzes. São Paulo: Cia das Letras, 1992.

GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

GOMES, T. A. Experiências com o parto: narrativas das parturientes do Ceará. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 13, n. 47, p. 343-365, 2019.

GOUVEIA, M. T. O. et al. Gravidez na adolescência: revisão bibliográfica in: **Gravidez na adolescência: prevenção e riscos**. Teresina: EDUFPI, 2011.

GROSSI, M. P. Na Busca do Outro Encontra-Se A Si Mesmo. **Trabalho de Campo e Subjetividade**, Florianópolis, p. 7-18, 1992.

GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza**: um estudo etnográfico da vivência do parto. 1993. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

GUIMARAES, J. S. “As meninas hoje tão muito soltas”: os discursos institucionais que fundamentam o processo de regulação moral. **Pro-Posições**, Campinas, v. 30, e20170105, 2019.

HADDAD, S. E. M.; CECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 252-262, 2011.

HEILBORN, M. L et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 13-45, 2002.

HEILBORN, M. L et al. **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Garamond, 2006.

HEILBORN, M. L. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: HEILBORN, M. L et al. (org). **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz e Garamond, 2006.

HEILBORN, M. L. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais na adolescência. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 57-68, 2012.

HEILBORN, M. L.; CABRAL, C. S.; BOZON, M. Valores sobre sexualidade e elenco de práticas: tensões entre modernização diferencial e lógicas tradicionais. In: HEILBORN, M. L et al. **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Garamond, 2006.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

HIRSCH, O. N. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 229-249, 2015.

HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T. A definição do acompanhante no parto: Uma questão ideológica? **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 461-481, 2002.

JIMENEZ, L.; ASSIS, D. A. D.; NEVES, R. G. Direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes: desafios para as políticas de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1092-1104, 2015.

KATZ, R. A. **Adolescentes e maternidade**: um destino, um problema, uma escolha? 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

KITZINGER, S. **Mães**: Um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Editorial Presença, 1996.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, 2019.

LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, Supl. 1, e00078816, 2017.

LEAL, M. C. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, n. 15, p. 03-08, 2012.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.sup:S5-S7, 2014.

LEITE, V. A sexualidade adolescente a partir de percepções de formuladores de políticas públicas: refletindo o ideário dos adolescentes sujeitos de direitos. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 89-103, 2012.

LÉVI-STRAUSS, C. **Tristes tropiques**. Paris: Plon/Pocket, 1955.

LÉVI-STRAUSS, C. Eficácia simbólica. In: LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. 5. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

LIMA, V. M. Funk ousadia, adolescência, contemporaneidade: uma leitura lacaniana. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 685-708, 2018.

LOSS, M. A.; SAPIRO, C. M. Processos psíquicos do engravidamento na adolescência em contexto de periferia: Impasses e possibilidades. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 69-98, 2005.

LUZ, L. Sexualidade e parto: em busca do elo perdido. **Revista Cronos**, v. 18, n. 2, p. 128-140, 2018.

MAIA, A. C. **Saúde em trânsito**: o fluxo de assistência aos refugiados na atenção primária em saúde no município do Rio de Janeiro. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez**: parto e puerpério. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. Rio de Janeiro: Abril Cultural, 1991.

- MANDARINO, N. R. et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1587- 1596, 2009.
- MARTINS, A. C. **Maternidade precoce?** A (des) proteção pública às mulheres que foram mães antes dos 18 anos. 2012. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- MCCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-559, 2006.
- MEDINA, E. T. **Tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica e seus efeitos sobre o trabalho de parto:** um estudo exploratório. 2003. Tese (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- MELO, E. R. Direito e norma no campo da sexualidade na infância e adolescência. In: UNGARETTI, M. A. (Org.). **Criança e adolescente:** direitos, sexualidades e reprodução. São Paulo: ABMP, 2010.
- MELO, V. H. **Evolução histórica da obstetrícia:** a marginalidade social das parteiras e da mulher. 1983. Tese (Mestrado) – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1983.
- MENDONÇA, S. S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 250-271, 2015.
- MENDONÇA, S. S. **Parir na Maria Amélia:** uma etnografia dos dilemas, possibilidades e disputas da humanização em uma maternidade pública carioca. Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2018.
- MEYER, D. E. Corpo, gênero e maternidade: algumas relações e implicações com o cuidado em saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 18-22, 2011.
- MINAYO, M. C. DE S.; GUALHANO, L. Problemas sociais e de saúde na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3295, 2015.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MONTEIRO, S. **Qual prevenção?** Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
- MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar:** uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MORAES, S. P.; VITALLE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência: interações ONU-Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2523-2531, 2015.

MORAES, S. P.; VITALLE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 48-52, 2012.

MOREIRA, L. E.; NARDI, H. C. Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade(s) contemporânea(s). **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 569-594, 2009.

MOTT, M. L. Dossiê Parto. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 399-401, 2002.

MULLER, E.; RODRIGUES, L; PIMENTEL, C. O tabu do parto dilemas e interdições de um campo ainda em construção. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 272-293, 2015.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, 2008.

NAKAMURA, E. **O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado**. In: NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J. F. Q. Antropologia para enfermagem. Barueri, SP: Manole, 2009.

NAKANO, A. T.; 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.

NUNES, S. A. Maternidade na adolescência e biopoder. **Revista EPOS**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 2013.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

ODENT, M. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Momento Atual, 2005.

ODENT, M. The instincts of motherhood: bringing joy back into newborn care. **Early Human Development**, n. 85, p. 697-700, 2009.

OLIVEIRA, A. R.; LYRA, J. Direitos Sexuais e Reprodutivos de Adolescentes e as Políticas Públicas de Saúde: desafios à Atenção Básica. In: LYRA, J; MEDRADO, B.; OLIVEIRA, A. R.; SOBRINHO, A. **Juventude, mobilização social e saúde**: Interlocações com políticas públicas. Recife: Instituto PAPAÍ; MAB; Canto Jovem, 2010.

OLIVEIRA, M. C. Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes: conquistas e lacunas assistenciais na política de saúde. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 15, n. 2, p. 225-232, 2011.

OLIVEIRA, M. W. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. **Caderno CEDES**, Campinas, v. 19 n. 45, p. 5, 1998.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 3, 1304-1312, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde e sexualidade de adolescentes: construindo equidade no SUS**. Brasília, DF: OPAS; MS, 2017.

PANTOJA, A. L. N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S335-S343, 2003.

PEIRANO, M. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

PEREIRA, A. L. F; MOURA, M. A. V. Ciência, natureza e nascimento humano: interfaces com o movimento de humanização do parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n. 2, p. 537-543, 2008.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal, Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 585-602, 2013.

PIRES, D. et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 2, p. 191-197, 2010.

PODER 360 (Homepage). **Ministra Damares lança campanha para evitar gravidez na adolescência**. 2020. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/governo/ministra-damare-lanca-campanha-para-evitar-gravidez-na-adolescencia/>. Acesso em: 12 jun 2020.

PROGIANTI, J. M.; BARREIRA, I. A. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 91-97, 2001.

RABINOW, P. **Reflections on fieldwork in Morocco**. Berkeley, CA: University of California Press, 1977.

RANGEL, D. L. O.; QUEIROZ, A. B. A. A representação social das adolescentes sobre a gravidez nessa etapa da vida. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 780-788, 2008.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS (RNFSDR). **Dossiê Humanização do parto**. 2002. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/304346717_Dossie_Humanizacao_do_Partto. Acesso em: 10 out 2018.

REIS, R. R. Os direitos humanos e a política internacional. **Revista Sociologia e Política**, v. 27, p. 33-42, 2006.

REYES, D. J.; ALMONTES, E. G. Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 17, p. 98-123, 2014.

REZENDE, C. S. sentidos da maternidade em narrativas de parto no Rio de Janeiro. **Sociologia e Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 201-220, 2020.

ROCHA, N. F. F.; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 556-568, 2020.

RODRIGUES, A. A. “**É racismo que está aqui, e é isso que vai pautar até o fim**”: o ativismo de mulheres negras sobre violência obstétrica. 2020. Dissertação (Mestrado) – Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2020.

RODRIGUES, L. O. **Parir é libertário**: etnografia de um grupo de apoio ao parto humanizado de Recife/PE. 2015. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

ROOKS, J. P. **Brief history of midwifery in the west**. Philadelphia. p.11-34, 1997.

ROSALDO, R. **Culture & truth**: the remaking of social analysis. Boston: Beacon Press, 1993.

ROTHMAN, B. **The Encyclopedia of Childbearing**. Nova York: The Oryx Press, 1993.

SALEM, T. O ideário do “Parto sem Dor”: uma leitura antropológica. **Boletim do Museu Nacional**, nº 40, agosto de 1983.

SANTELLI, J. S. et al. Abstinence-only-until-marriage: an updated review of US policies and programs and their impact. **Journal of Adolescent Health**, v. 61, n. 3, p. 273-280, 2017.

SANTOS, A. L. D. **História de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor**: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade. 2006. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SANTOS, A.; CARVALHO, C. V. Gravidez na adolescência: um estudo exploratório. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 56, n. 125, p. 135-151, 2006.

SANTOS, M. R.; SILVA, S. H. C.; POVEDA, V. B. Hypothermia in patients undergoing cesarean section. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 26-30, 2011.

SANTOS, N. L. A. C. et al . Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 719-726, 2014.

SARTI, C. Prefácio. FLEISCHER, S.; FERREIRA, J. **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

SASS, N.; HWUANG, S. M. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 133-137, 2009.

SCHUPP, T. R. **Gravidez após os 40 anos de idade**: análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais diversos. São Paulo: USP, 2006.

SEIBERT, S. L. et al. Medicalização X Humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245-251, 2005.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017.

SERRUYA, S. J. **A Experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**, 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SFAIR, S. C.; BITTAR, M.; LOPES, R. E. Educação sexual para adolescentes e jovens: mapeando proposições oficiais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 620-632, 2015.

SILVA, A. S. N. et al. Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 6, n. 3, p. 27-34, 2015.

SILVA, F. et al. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 171-184, 2019.

SILVA, J. M. O.; LOPES, R. L. M.; DINIZ, N. M. F. Vivência do parto normal em adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 596-600, 2004.

SILVA, K. C. O poder do campo e o seu campo de poder. In: BONETTI, A; FLEISHER, S. **Entre saias justas e jogos de cintura**. Santa Cruz do Sul: Editora EDUNISC, 2007. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Abstinência sexual na adolescência**: o que a ciência evidencia como método de escolha para prevenção de gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: SBP, 2020.

SOUSA, C. R. O. et al. Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 160-169, 2018.

SOUZA, H. R. **A arte de nascer em casa**: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo, 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SPINK, M. J. P. **Psicologia Social e Saúde**: saberes e sentidos. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

STERN, C.; GARCIA, E. **Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente: sexualidad, salud y reproducción**. México, DF: Programa Salud Reproductiva y Sociedad; El Colegio de México, 1999.

STRATHERN, M. **O efeito etnográfico e outros ensaios**. São Paulo: Cosac Naify, 2014.

TAQUETTE, S. R. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 72-77, 2013.

TEIXEIRA, N. Z.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá, MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 740-744, 2006.

TORNQUIST, C. S. Parto na contemporaneidade: perspectivas antropológicas. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 9-16, 2006.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. supl. 2, p. S419-S427, 2003.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TOSTES, N. A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

TRAD, L. A. B. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 627-633, 2012.

VANCE, C. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **Physis: Revista de Saúde Pública**, v. 5, n. 1, p. 7-31, 1995.

VARGAS, P. B. et al. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 3, p. 1021-1035, 2013.

VELHO, G. Observando o familiar. In: VELHO, G. **Individualismo e cultura: notas para um a antropologia da sociedade contemporânea**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

VENEZUELA. Ley Orgánica nº 38.668, de 23 abril 2007. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. **Gaceta Oficial**, 2017. Disponible en: <https://www.refworld.org/pdfid/3dbeb57d7.pdf>. Acceso en: 20 abr 2020.

VICTORA C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**. v. 377, n. 9780, p. 1863-76, 2011.

VICTORA, C. G.; KANUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo editorial, 2001.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência ao parto de adolescentes e mulheres em idade materna avançada em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 847-858, 2021.

VILARINHO, L. M.; NOGUEIRA, L. T; NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 312-319, 2012.

VILARINHO, L. M.; NOGUEIRA, L. T; NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da qualidade da atenção ao trabalho de parto e parto de adolescente. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 221-7, 2013.

VILELA, W.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2003.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Vozes, 2004.

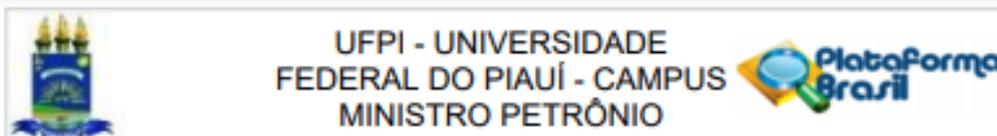
WEEKS, J. **Sexuality**. New York: Tavistock Publications, 1986.

WOLFF, L. R. **Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto**. 2004. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneve: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva: WHO, 1996.

ANEXO – PARECER DE ACEITE COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PARTO NA ADOLESCÊNCIA: Interações, práticas e moralidades

Pesquisador: Livia Carvalho Pereira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 20117419.1.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.654.554

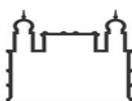
Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa "PARTO NA ADOLESCÊNCIA: Interações, práticas e moralidades" será coordenado pela pesquisadora Livia Carvalho Pereira. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem etnográfica. Os sujeitos serão adolescentes em trabalho de parto e/ou parto, acompanhantes e profissionais de saúde. Realizar-se-á observação participante e entrevistas com sujeitos, para tal serão utilizados roteiros de observação, diários de campo, e roteiros de entrevista específicos para cada sujeito. O cenário deste estudo será uma maternidade municipal de Teresina-PI, que realiza assistência obstétrica a gestantes de baixo risco e atende a população da capital, sendo uma referência para a zona sul da cidade, bem como zona rural e municípios vizinhos. A opção por esta maternidade como local para a realização do estudo se deu também por ser o local no qual desenvolvia minha atividade profissional como enfermeira obstétrica, e onde comecei um estranhamento sobre o atendimento prestado às adolescentes, especialmente no momento do trabalho de parto e parto. Em 2018, nesta maternidade foram realizados um total de 348 partos de adolescentes, destes, 218 partos normais (uma média de 18 partos/mês) e 130 partos cesarianas (uma média de 10 partos/mês), não contabilizado nestes atendimentos as adolescentes em situação de abortamento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



IFF
INSTITUTO NACIONAL
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher**



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 3.654.554

- Compreender os sentidos da experiência e dinâmicas interacionais do parto na adolescência entre os atores presentes no cenário de parto.

Objetivo Secundário:

- Compreender os sentidos da experiência do parto para a adolescente.
- Identificar e compreender quais os julgamentos (técnicos, morais, éticos) e práticas da equipe de profissionais se apresentam no contexto do parto na adolescência.
- Analisar as interações entre a adolescente e os atores presentes (equipe, familiares e parceiro) no cenário de parto.
- Refletir sobre as relações de poder exercidas no corpo e parto da adolescente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nas Informações Básicas do projeto:

Riscos:

Possível constrangimento que os participantes possam apresentar no momento da entrevista, no entanto este será minimizado por meio da orientação prévia sobre a pesquisa e garantia da confidencialidade, privacidade e proteção do participante por meio do TCLE e TALE.

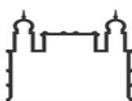
Benefícios:

A possibilidade de compreender a assistência ao parto da adolescente, sob a perspectiva dos diversos atores envolvidos; promover uma reflexão sobre as possíveis dificuldades e potencialidades da assistência ao parto da adolescente; suscitar maior empoderamento da adolescente frente a sua saúde reprodutiva.

No TCLE:

Benefícios: A pesquisa trará mais dados importantes sobre a compreensão da adolescente sobre a experiência do parto possibilitando uma reflexão sobre as práticas e interações que ocorrem no momento do parto.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA

**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher**



**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO**



Continuação do Parecer: 3.654.554

Riscos: A previsão de riscos é mínima, tais como o constrangimento no momento de responder os questionamentos da entrevista que tentarão ser minimizados pela pesquisadora ao responder todas as dúvidas e através da afirmação de que todas as informações colhidas e utilizadas pelo estudo serão preservadas as identidades e o sigilo.

Sigilo: As informações fornecidas terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados a qualquer tempo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa factível e exequível.

Nas versões anteriores havíamos apontado que as estratégias para contornar os riscos apresentados nos documentos enviados a este CEP não contemplavam as exigências contidas nas resoluções que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos.

Na versão atual a pesquisadora acrescentou a seguinte frase, no TCLE: "a entrevista se dará em ambiente reservado da maternidade, de modo a garantir a sua privacidade".

Entendemos, assim, que as pendências apontadas foram sanadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa apta a ser desenvolvida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

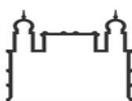
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1418879.pdf	08/10/2019 11:17:12		Aceito
Cronograma	Cronograma_atualizado.pdf	08/10/2019 11:16:43	Livia Carvalho Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_outubro_pdf.pdf	08/10/2019 11:16:22	Livia Carvalho Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	ApendiceB_TCLE_profissionais_pdf.pdf	08/10/2019 11:13:08	Livia Carvalho Pereira	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.

Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550

UF: PI **Município:** TERESINA

Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

IFF
 INSTITUTO NACIONAL
 DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 3.654.554

Justificativa de Ausência	ApendiceB_TCLE_profissionais_pdf.pdf	08/10/2019 11:13:08	Livia Carvalho Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceA_TALE_UFPI_pdf.pdf	08/10/2019 11:12:49	Livia Carvalho Pereira	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_set.pdf	03/09/2019 10:33:43	Livia Carvalho Pereira	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	26/08/2019 12:06:30	Livia Carvalho Pereira	Aceito
Outros	cv_lattes.pdf	26/08/2019 12:01:58	Livia Carvalho Pereira	Aceito
Outros	Instrumentos_coleta_dados.pdf	26/08/2019 11:58:09	Livia Carvalho Pereira	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade.pdf	26/08/2019 11:55:17	Livia Carvalho Pereira	Aceito
Outros	Autorizacao_institucional_fms.pdf	26/08/2019 11:53:55	Livia Carvalho Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores.pdf	26/08/2019 11:39:06	Livia Carvalho Pereira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada.pdf	26/08/2019 11:31:51	Livia Carvalho Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 22 de Outubro de 2019

Assinado por:

Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE CAMPO



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

1. IDENTIFICAÇÃO	
Nome fictício da adolescente	
Idade	Religião/crenças espirituais
Naturalidade	Tempo de residência (onde nasceu? Onde viveu?)
Demais integrantes da família/amigos presentes	Posição/papel dos integrantes na rede familiar/afetiva
Experiências anteriores com nascimento e parto	Expectativas com relação ao parto

2. DADOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS		
Idade gestacional no dia do parto (DUM) _____ (USG) _____		
Data do nascimento:	Horário	Duração do trabalho de parto
TIPO DE PARTO Parto normal horizontal (); Parto normal vertical (); Parto normal outra posição () Parto cesariana ()		
Presença de acompanhante/familiar no parto? () sim () não. Quem:		
Presença do (a) companheiro (a)?		
Utilização de algum método não farmacológico para o alívio da dor: () Sim () Não Qual?		



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

<p>3. PRÉ-PARTO</p> <p>a) Preparativos para o parto</p> <p>b) Pessoas envolvidas nos preparativos;</p> <p>c) Ações realizadas</p> <p>d) Horário, frequência e repetição da ação;</p> <p>e) Expressões, desejos referidos/apresentados durante a realização das ações;</p> <p>f) Posturas/comportamentos adotadas pela adolescente durante o pré-parto.</p> <p>g) Profissionais envolvidos com o pré-parto e funções/papéis esperados</p> <p>h) Significados da gravidez para a família</p>
<p>4. PARTO</p> <p>a) Pessoas presentes no cenário do parto e funções desempenhadas</p> <p>b) Local onde ocorreu o parto e disposição dos objetos/equipamentos</p> <p>c) Forma de participação nos primeiros cuidados com o RN.</p> <p>d) Posturas/comportamentos adotados pela adolescente durante o parto</p> <p>e) Posição adotada pelos participantes do parto</p> <p>f) Sentimentos, manifestações, expressões verbais ou não verbais e demandas expressadas pela parturiente durante todo o transcurso do parto</p> <p>g) Sentimentos, manifestações, expressões verbais ou não verbais e demandas expressadas pelos profissionais durante todo o transcurso do parto</p>
<p>5. PÓS-PARTO</p> <p>a) Primeiro contato da adolescente com o RN. Como ocorre a aproximação.</p> <p>b) Quem mais participou do momento (sequência, papéis, palavras e gestos)</p> <p>c) Tipo de contato efetuado</p> <p>d) Sentimentos da família após o parto</p> <p>e) Cuidados familiares relacionados à puérpera.</p> <p>f) Comportamentos e significados relacionados à amamentação (para a puérpera/família)</p> <p>g) Sentimentos, manifestações, expressões verbais ou não verbais e demandas expressadas pelos profissionais durante todo o pós-parto</p>

APÊNDICE B – MODELO DE DIÁRIO DE CAMPO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA

**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

Diário de campo N°: Identificação do setting: Contexto da observação: Data/período:	
NOTAS DE CAMPO	NOTAS DE REFLEXÃO
NOTAS METODOLÓGICAS	

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ADOLESCENTE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA

DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

- I. Conte para mim como foi sua experiência durante o tempo em que esteve em trabalho de parto, desde sua entrada da maternidade.

- II. Fale para mim como foi seu parto.

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM FAMILIAR/ACOMPANHANTE

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

I. Identificação

Nome (Iniciais/código): _____

Relação com a adolescente: Mãe () Pai () Irmão (ã) () Amiga ()Companheiro () Outros ()Sexo: () M () F

Idade: _____

II. Fale sobre sua experiência enquanto acompanhante de uma adolescente em trabalho de parto.

APÊNDICE E – TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO - TALE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA

**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

Título do projeto: **PARTO NA ADOLESCÊNCIA: Interações, práticas e moralidades**

Instituição: Universidade Federal do Piauí

Pesquisadora responsável: Livia Carvalho Pereira

Assentimento informado para _____

Você, adolescente, está sendo convidada a participar de uma pesquisa sobre parto na adolescência.

Estamos convidando as adolescentes entre 10 e 19 anos que estejam em trabalho de parto e/ou parto para participar desta pesquisa. Discutimos esta pesquisa com seus pais ou responsáveis e eles sabem que também estamos conversando com você para ver se você concorda em participar da pesquisa. Seus pais ou responsáveis também irão assinar um documento como este.

Você pode discutir qualquer coisa deste documento com seus pais, amigos ou qualquer um com quem você se sinta à vontade para conversar. Pode haver algumas palavras que você não entenda ou coisas que você queira que eu explique mais detalhadamente. Por favor, peça a qualquer momento e eu explicarei. Durante a pesquisa, você deverá participar de uma entrevista.

Não falaremos para outras pessoas que você está nesta pesquisa e também não daremos nenhuma informação sobre você para qualquer um que não trabalhe na pesquisa. As informações sobre você serão coletadas na pesquisa e ninguém, exceto os investigadores, poderá ter acesso a elas. Qualquer informação sobre você terá um número ou código ao invés de seu nome. Somente eu, pesquisadora, saberei qual é o seu número e manterei em sigilo.

Conversaremos em um ambiente reservado de modo que outras pessoas não poderão ouvir nossa conversa. Se por acaso, você sentir-se desconfortável, ou não se sinta bem após a pesquisa e necessite conversar com um profissional especializado, será encaminhada via atenção básica a serviços de saúde especializados inseridos dentro da Rede de Assistência à Saúde.

Quando terminarmos a pesquisa, podemos conversar sobre o que aprendemos com a pesquisa. Depois, iremos falar com mais cientistas e outros profissionais sobre a pesquisa. Faremos isto

escrevendo e compartilhando relatórios e indo para as reuniões com pessoas que estão interessadas no trabalho que fazemos.

Este documento será emitido em duas vias, uma para o pesquisador e outra para você.

Eu entendi que a pesquisa é sobre parto na adolescência, e concordo em participar.

Eu entendi que participarei de uma entrevista.

Assinatura da adolescente: _____

Assinatura dos pais/responsáveis: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Teresina (PI), _____ de _____ de 20____.



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

Título do estudo: **PARTO NA ADOLESCÊNCIA: Interações, práticas e moralidades**

Pesquisadora responsável: Livia Carvalho Pereira – (86) 9 99045887

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Centro de Ciências da Saúde/Enfermagem

Local da coleta de dados: Maternidade Dr. Olavo Mendes Carvalho

Prezado(a) Participante,

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder esta entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios ao quais tenha direito.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista, as perguntas abordam o tema parto na adolescência e têm o objetivo de compreender sentidos da experiência e dinâmicas interacionais do parto na adolescência entre os atores presentes no cenário de parto, a entrevista se dará em ambiente reservado da maternidade, de modo a garantir a sua privacidade.

Benefícios: A pesquisa trará mais dados importantes sobre a compreensão da adolescente sobre a experiência do parto possibilitando uma reflexão sobre as práticas e interações que ocorrem no momento do parto.

Riscos: A previsão de riscos é mínima, tais como o constrangimento no momento de responder os questionamentos da entrevista que tentarão ser minimizados pela pesquisadora ao responder todas as dúvidas e através da afirmação de que todas as informações colhidas e utilizadas pelo estudo serão preservadas as identidades e o sigilo.

Sigilo: As informações fornecidas terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados a qualquer tempo.

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. Você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso aja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação,

ela é voluntária. No entanto, há garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail cep.ufpi@ufpi.br. Horário de Atendimento ao Público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Lívia Carvalho Pereira. Telefone para contato: (86) 9 99045887 E-mail: livia.zinha@hotmail.com

Ciente e de acordo com o que fui anteriormente exposto, eu _____, aceito participar desta pesquisa, assino este consentimento em duas vias, rubrico as outras páginas e fico com a posse de uma delas.

Data ____/____/_____

Assinatura do participante

CPF do participante

Pesquisador Responsável

APÊNDICE G – DECLARAÇÃO DOS PESQUISADORES



Ministério da Saúde
 FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz



Fundação Oswaldo Cruz
 Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
 da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
 Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

DECLARAÇÃO DOS(S) PESQUISADOR(ES)

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
 Universidade Federal do Piauí

Eu, Livia Carvalho Pereira, pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada
“PARTO NA ADOLESCÊNCIA: Interações, práticas e moralidades”, declaro que:

- Assumo o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004).
- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos voluntários;
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de Livia Carvalho Pereira da área de Enfermagem da UFPI; que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- O CEP-UFPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP-UFPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o voluntário;
- Esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Teresina, 26 de junho de 2019

Livia Carvalho Pereira

Livia Carvalho Pereira
 (CPF 031.697.433-17)

Livia Carvalho Pereira
 Professora UFPI - 3059512
 Enfermeira COREN - PI 330934

APÊNDICE H – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

Título do projeto: “PARTO NA ADOLESCÊNCIA: Interações, práticas e moralidades ”

Pesquisador responsável: Lívia Carvalho Pereira

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: (86) 9 9904-5887

Local da coleta de dados: Maternidade Dr. Olavo Mendes Carvalho

A pesquisadora do presente projeto se compromete a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados por meio de entrevistas e observação participante na Maternidade Dr. Olavo Mendes Carvalho. Concorda, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no (a) Departamento de Enfermagem (CCS/UFPI) por um período de 5 anos sob a responsabilidade do (a) Sr. (a) Lívia Carvalho Pereira. Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina, 26 de junho de 2019

Lívia Carvalho Pereira

Lívia Carvalho Pereira

SIAPE: 3059512

Pesquisadora responsável