



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

Produções subjetivas de duas mães frente suas experiências de parto

Juliana Campos Queiroz

Brasília
Junho de 2016



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

Produções subjetivas de duas mães frente suas experiências de parto

Juliana Campos Queiroz

Monografia apresentada ao Centro Universitário de Brasília como requisito básico para obtenção do grau de psicólogo.

Professor-orientador: Prof. Dr. Fernando Luís González Rey.

Brasília
Junho de 2016

Agradecimentos

Em primeiro lugar, a Deus, pelo amor incondicional, pela presença renovadora, pela paz indescritível, pela misericórdia concedida todos os dias. Sou grata, meu Senhor, pois, sem seu sopro de vida diário, nada disso seria possível em minha vida. Sua graça, amor e bondade são transbordados em minha vida pelos outros, e eu só posso ser grata por isso.

Aos meus pais que sempre me apoiaram, me incentivaram e me deram amor. Obrigada por me criarem com tanto afeto e acolhimento. Obrigada pela paciência diária e por estarem comigo nos momentos mais difíceis da minha vida. Simplesmente, amo vocês!

Ao meu irmão, que me ensina diariamente sobre o amor e respeito ao próximo. Meu anjinho, que nossa amizade possa se fortalecer a cada dia. Obrigada pelo cuidado diário.

À minha segunda mãe, Dona Nê, que sempre cuidou de mim com muita dedicação e carinho desde os meus 2 anos de idade.

Ao meu amor, Guilherme, melhor amigo e parceiro, desde o início da graduação, sem você, nada disso seria possível, pois sua alegria, humildade e perseverança no amor me ajudam a superar, constantemente, os obstáculos da vida. Desejo sempre estar ao seu lado compartilhando os momentos mais bonitos, leves e intensos da vida. Todo meu amor a você!

À minha sogrinha amada, Rosana, pela alegria, pela amizade e pelo apoio diário. Você é luz na minha vida, pois sua forma de viver as pessoas e enxergar o mundo me encantam. Você transborda amor.

À minha Tia Rosilene, pelo cuidado, companheirismo e comidas deliciosas! Obrigada por ser sempre tão prestativa comigo. É maravilhoso tê-la por perto.

À minha prima e amiga Thamyra, que, apesar da distância, preenche, diariamente, meu coração de amor, lembranças de carinho e alegria. Sua força de viver, sua fé e simplicidade me encorajaram diante da vida.

À minha prima e amiga Adriana: sua leveza de ser me contagia. Obrigada por ter estado comigo nos melhores momentos da minha infância e por ter superado comigo os momentos difíceis também.

À minha amiga Ana Carolina, por compartilhar comigo momentos de estudos e de conhecimento durante os últimos dois anos da graduação. Obrigada por me amparar e me sustentar nesse momento final da graduação. E, por toda alegria diária compartilhada! Sua amizade ultrapassa os limites concretos da universidade, pois é para uma vida toda.

À minha amiga, Carolina Campos, obrigada por ser um instrumento de fé e amor na minha vida. Sua alegria e perseverança para viver bem me renovam o ar.

Às minhas amigas Juliana Guimarães e Amanda Kelly Fernandes, por todos os aprendizados compartilhados durante a graduação. Feliz pela amizade que construímos entre nós.

À minha amiga Rafaela, por toda ajuda, trocas e amizade durante a graduação. Sei que nossos encontros maravilhosos de amor e sinceridade estarão presentes no nosso dia-a-dia. Te admiro muito, Rafinha!

Às minhas amigas da infância, Camilla Molica, Anna Luísa e Raissa Gaudereto. Meu muito obrigada por terem me proporcionado uma adolescência real com direito à alegrias, tristezas e crescimento. Amo vocês, minhas irmãs do coração.

Ao Fernando González Rey, meu orientador, pelo apoio, afeto e atenção cuidadosa nesse semestre. Sua presença foi essencial para todo o desenvolvimento desse trabalho

teórico, pois o senhor me incitou a novidades de reflexões, que me fizeram sair da comodidade e perceber que posso ir além do que eu mesma imagino. O senhor me ensinou sobre disciplina e perseverança para concretizar um sonho, esse trabalho e minha graduação! E, claro, tudo isso com muita leveza e alegria, aspectos que o senhor me transmitiu, que propiciaram que todo esse percurso teórico, que é intenso, fosse vivido com muita alegria. Gratidão!

Aos mestres Valéria Mori e Daniel Goulart, responsáveis por despertar em mim o encanto pela Teoria da Subjetividade ao longo da graduação. Obrigada por terem acreditado na minha capacidade e me incentivado a tornar-me uma pessoa e profissional melhor.

Aos professores Otávio Abreu, Morgana Queiroz, Tania Inessa e Ciomara Schneider, por terem me ensinado com tanto carinho e dedicação nas disciplinas da graduação. Vocês foram essenciais para intensificação da minha satisfação pela profissão que escolhi.

Muito obrigada!

Sumário

Introdução	1
Fundamentação Teórica.....	3
1 Conceito de Medicalização através da análise teórica Illich e Foucault	3
2 O parto e sua medicalização.....	6
2.1 Cesáreas no Brasil: o limite entre o necessário e o exagero	6
2.2 A medicalização do parto à luz da Teoria da Subjetividade.....	15
3 A Atenção Humanizada ao Parto	20
4 Duas faces da normatização	25
Objetivos	28
Objetivo Geral:	28
Objetivos Específicos:	28
Metodologia	29
O processo de construção da informação.....	31
Participantes	32
Critérios de inclusão	33
Critério Exclusão	33
Criação do cenário social da pesquisa	33
Instrumentos	36
Construção da Informação.....	39
Informações gerais de Camila.....	39
O medo e a culpa relacionados à institucionalização dos fenômenos da vida- uma crítica sociopolítica.....	39
Legitimação do singular no parir.....	44
A idealização pelo parto normal	48
A emersão de novos sentidos subjetivos	54
Informações gerais de Bruna	68
A idealização pelo parto normal e os elementos subjetivos implicados.....	68
A importância da família	76
Sobre a humanização no parto.....	86
Considerações Finais	94
Referências Bibliográficas.....	96
Anexos	100
Anexo A - Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	100
Anexo B - Complementos de Frases	104
Anexo C - Questionário.....	105

Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo geral o estudo dos processos subjetivos individuais e sociais de duas mães, associados a seus partos, inseridas no contexto brasileiro, tendo como principal referencial a Teoria da Subjetividade numa perspectiva cultural-histórica. A metodologia aqui empregada é respaldada no método construtivo-interpretativo, baseado na Epistemologia Qualitativa, que compreende o conhecimento como campos da realidade produzidos por uma inter-relação entre a prática do pesquisador e a realidade concreta estudada. As participantes da pesquisa foram duas mães que já passaram mais de uma vez pela experiência do parto. A pesquisa foi realizada por meio de dinâmicas conversacionais, complemento de frases, questionário aberto e desenhos. A discussão do trabalho, realizada a partir da análise e construção da informação, buscou compreender o parto enquanto espaço social constituído dialeticamente pela subjetividade individual e social, levando em consideração as participantes em sua expressão autêntica e singular em suas histórias de vida. Desta forma, o estudo se propôs a oferecer, com base nos instrumentos teóricos da Teoria da Subjetividade, o rompimento da ideia, predominante na prática de assistência em saúde na realidade brasileira, do parto como um evento médico. Ademais, o estudo visa gerar inteligibilidade sobre o parto, propiciando futuras reflexões e estudos nessa temática.

Palavras-chave: parto, sujeito, subjetividade, saúde.

Introdução

O parto, evento que até o início do século XX, se apresentava como um momento íntimo, entre mulheres, englobou, a partir de 1940, novos aspectos sociais e passou a ser controlado por intervenções médicas, originando o parto hospitalar (Brasil, 2001).

Intervenção que, atualmente, alcança mais de 50% de todos os partos no Brasil (Brasil, 2013), sendo que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde é de, no máximo, 15% de cesáreas, em situações de alto risco de gravidez (OMS & HRP, 2015). Esse processo de apropriação dos fenômenos humanos pelo saber médico, a medicalização, será relacionado com o conceito de biopolítica proposto por Foucault (2005, 2008) e com a discussão de medicalização do orçamento e iatrogênese social desenvolvidos por Illich (1975), conceitos, que, por diferentes perspectivas epistemológicas, convergem ao tratarem da regulação dos fenômenos humanos, como o nascimento, pelo saber médico, privando o indivíduo de lidar e atuar sobre eles de forma autônoma.

No intuito de propor uma atenção mais natural e menos intervencionista sobre o corpo da mulher, o conceito de atenção humanizada (Brasil, 2001) surge como um novo espaço social constituído por pessoas que buscavam se mobilizar, de forma crítica, contra os abusos médicos sobre o corpo feminino (Rattner, 2009b). Desde o início de 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), traz evidências científicas que refutam a necessidade do uso excessivo de tecnologias para o parto no modelo médico de atenção. E, como produto dessas mobilizações, surge, em 1993, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), uma organização não-governamental contra a violência institucional no parto e nascimento, visando reconhecer a mulher enquanto sujeito autônomo e empoderado no parto e no nascimento (Rattner, 2009b). Além do próprio Ministério da Saúde, em 2001, com o

Manual “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”, evidenciando o conceito de atenção humanizada como:

...um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia (Brasil, 2001, p.10).

Contudo, apesar desse percurso histórico de implementação de organizações e políticas de humanização, percebe-se, atualmente, que as práticas de saúde continuam regidas por uma lógica dominante e intervencionista, dos quais são negados os aspectos integrais da mulher (Dias & Domingues, 2005). E para a discussão desse paradoxo, a qualidade da relação, profissional de saúde e paciente, será abordada como uma experiência que carrega um caráter gerador de novas conotações subjetivas frente aos significados atribuídos ao parto, à prática de saúde e aos sujeitos. Ademais, os ideais que a mulher constrói sobre o parto, serão explorados como um possível obstáculo para o processo de empoderamento frente às escolhas possíveis, se configurando como sentidos subjetivos dominantes de suas configurações subjetivas e podendo gerar sofrimentos para a mesma.

No embasamento desses fenômenos, a Teoria da Subjetividade (González Rey, 1997, 2011b, 2012) será peça chave na compreensão dialética entre os espaços sociais e os processos individuais na concepção do parto, visando contribuir para a ampliação do campo teórico-epistemológico deste fenômeno, por relacionar as dimensões sociopolíticas atuais, o alto índice de cesáreas no Brasil e o surgimento do modelo de atenção humanizada ao parto, com o sistema de significações e sentidos subjetivos que se articulam, histórica e culturalmente, na vida social e individual do sujeito.

Fundamentação Teórica

1 Conceito de Medicalização através da análise teórica Illich e Foucault

O conceito de medicalização surgiu no final de 1960, intentando retratar a apoderação dos modos de vida pelo saber médico e criticar o excesso de intervenções médicas no corpo social (Gaudenzi & Ortega, 2011).

Illich (1975) relaciona a medicalização com aspectos industriais e econômicos da produção da saúde e para explicar essa relação o autor desenvolve o conceito de “empresa médica” (Illich, 1975, p.9) visando retratar a rápida expansão dos cuidados médicos “no setor terciário terapêutico” (Illich, 1975, p.13) e a diminuição da demanda de empregos no setor primário e secundário. O deslocamento para o setor terciário terapêutico adveio do vislumbre lucrativo desse tipo de profissionalização, que, na medida em que o retorno financeiro dos clientes para os profissionais de saúde aumentava, desencadeou na elevação das despesas do funcionamento hospitalar e das despesas farmacêuticas, opulentando não apenas os médicos, mas também banqueiros e indústrias farmacêuticas. Quanto a isso, Illich (1975) traz o conceito de “medicalização do Orçamento” para refletir a relação direta feita entre qualidade de vida e bem-estar com “saúde nacional bruta”, isto é, a ideia de que a qualidade da saúde e os cuidados médicos se medem pela distribuição de mercadorias e serviços médico-farmacêuticos. Essa relação direta expressa as transformações dos fenômenos de vida em atos médicos, “que somente o médico e outros profissionais de saúde são capazes de lidar” (Illich, 1975, p.14). E tal direito exclusivo gera um impacto social, a partir do momento em que os indivíduos perdem sua autonomia para lidar com circunstâncias que lhe acometem,

dependendo, assim, das prescrições e intervenções médicas. Essa dependência social é nomeada por Illich (1975) como iatrogênese social¹.

Já Foucault não traz sistematicamente o conceito de medicalização e/m suas obras, mas contribui para o mesmo, quando desenvolve conceito de biopolítica (Foucault, 2005, 2008), que se refere ao poder que se efetua por meio de medidas de controle sobre o corpo da população, sendo uma forma de racionalizar os problemas da massa, como por exemplo, mortalidade, nascimento, saúde, higiene, entre outros, com o objetivo de regular e alcançar um equilíbrio do “corpo- espécie” (Foucault, 2005, p.88), a população. É propício destacar que no estudo da genealogia do poder, Foucault compreende a biopolítica como uma tecnologia de poder, na qual as técnicas de poder perpassam o corpo social por meio do governo da população²(Foucault, 2008, p.142), sem se restringir a instituições e ao Estado, os quais funcionam como espaços que favorecem o controle do corpo múltiplo pela sua incessante normatização (Foucault, 2008; Lemos, Junior & Alvares, 2013). Sobre as práticas de poder, Foucault (2014) anelava conceber como as transformações que a medicina passou, ao longo de três décadas a partir do final do século XVIII, romperam não apenas com suas verdades anunciadas até o momento, mas incluíram um novo “regime no discurso e no saber médico” (Foucault, 2014, p.39), isto é, ele ansiava entender como certa ordem do saber sofre mudanças repentinas, modificando sua linguagem sobre o fenômeno, a forma de lidar com ele e os enunciados aceitos cientificamente como verdadeiros. Foucault (2014) afirmava que, se o poder fosse meramente repressivo, não conseguiria se perpetuar e ser aceito como

¹ Novas fontes de doenças provocadas pela medicina. Iatros (médico) e genesis (origem). “A iatrogênese social é o efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais que o de sua ação técnica direta. A instituição médica está sem dúvida na origem de muitos sintomas clínicos que não poderiam ser produzidos pela intervenção isolada de um médico. Na essência, a iatrogênese social é uma penosa desarmonia entre o indivíduo situado dentro de seu grupo e meio social e físico que tende a se organizar sem e contra ele. Isso resulta em perda de autonomia e controle do meio” (Illich, 1975, p.43)

² Diz respeito às múltiplas formas de ação de uns homens sobre os outros, não se limitando a uma instituição ou órgão. Esse conceito parte da ideia das variadas possibilidades de governabilidade. “(...) é realizado também por professores, pelos pais, por um chefe, por um vizinho (...)” (Lemos & colaboradores, 2013, p.3).

verdade em uma sociedade, concluindo, assim, que o fato do poder produzir saberes e discursos numa rede de relações no corpo social é o que permite a sua perpetuação e aceitação social.

Na correlação entre Illich e Foucault, percebe-se que ambos têm um enfoque macrossociológico para análise da medicalização (Gaudenzi & Ortega, 2011). Illich (1975) aduz como cerne do seu estudo teórico questões econômicas e industriais para compreender a burocratização, profissionalização e o crescimento das intervenções e das tecnologias médicas sobre os fenômenos na sociedade. Enquanto Foucault (2014), na genealogia do poder, não nega as questões econômicas e políticas envolvidas na biopolítica, mas busca compreender quais práticas de poder perpassam a trama histórica, sem fundamentar-se na história e na origem dos acontecimentos, mas sim, refletindo sobre os acasos, as singularidades e discórdias dos acontecimentos ocasionados por forças, que não poderiam ser categorizadas em roteiros pré-elaborado. Portanto, tal busca possibilita problematizar as práticas e discursos de poder, que, objetivando fenômenos, produzem verdades, saberes, modos de pensar e realidades (Foucault, 2014; Lemos & Júnior, 2009).

Logo, esses dois autores contribuem para o entendimento do parto, pois seus eixos teóricos validam a dimensão histórica, econômica, política, moral e cultural, com um pensar interrogante no exercício da constante problematização das evidências. Esta disposição crítica e inovadora dos autores, em relação a saberes hegemônicos da época, adveio da compreensão do conhecimento como produção humana, que ocorre em contextos socioculturais dinâmicos e particulares, e, por isso, pode ser problematizado com novas reflexões e produções científicas. Assim, relaciono o caminho teórico percorrido por Illich e Foucault com González Rey, pois para este o conhecimento é visto como uma constante produção criativa do cientista e os fenômenos humanos significados socioculturalmente, possibilitando, assim, em relação ao parto, reflexões e problematizações da posição hegemônica da cesárea no

Brasil, pela compreensão dessa intervenção como um saber e realidade socialmente construída, que passou e passa por giros epistemológicos em sua percepção social ao longo dos séculos.

Além disso, abordar Illich e Foucault enriquece a discussão central desse trabalho, que é a subjetividade em relação ao parto, na perspectiva histórico-cultural, pois eles superam uma concepção universalista e incontestável do conhecimento e dos fenômenos e um paradigma meramente biologista, oferecendo diversos elementos histórico-culturais que contribuirão para a ampliação da compreensão da subjetividade em nível dos espaços sociais, a subjetividade social (González Rey, 2012), que são os complexos sistemas de modelos simbólicos e emocionais que atravessam o conjunto de fenômenos e aspectos objetivos entrelaçados no funcionamento social.

2 O parto e sua medicalização

2.1 Cesáreas no Brasil: o limite entre o necessário e o exagero

O parto não tem como ser compreendido homogeneamente, se levarmos em consideração diversos sentidos subjetivos das mulheres em gestação, isto é, a própria concepção do que seja o parto varia de acordo com os processos simbólico-emocionais produzidos pelas mulheres sobre suas experiências singulares do gestar. Assim, uma única atividade humana possui diferentes redes de sentidos, emoções e processos simbólicos, criando diversas configurações subjetivas sobre a ação (González Rey, 2014). Além dessa heterogeneidade subjetiva, pode-se citar a diversidade de práticas e intervenções sobre o processo fisiológico do parto.

Nas últimas décadas, o parto sofreu diversas intervenções médicas com intuito de proporcionar melhores resultados para as mulheres e recém-nascidos e de racionalizar

padrões de trabalho, criando uma nova área de atuação médica, o parto hospitalar. Por meio dessas intervenções científicas e tecnológicas, o nascimento, que até o começo do século XX, se apresentava como um momento íntimo e familiar entre mulheres englobou, a partir de 1940, novos aspectos sociais, criando novas zonas de inteligibilidade a respeito do nascimento; Ele se torna um evento médico. “Passa a ser vivido de maneira pública, com a presença de novos atores sociais” (Ministério da Saúde, 2001, p.18).

Esses avanços tecnológicos são uma nova forma de perceber a prática médica frente a uma condição humana, o nascimento, e essas modificações na forma da medicina lidar com os fenômenos se correlacionam com reorganizações na própria subjetividade individual do psiquismo humano, pois a subjetividade individual e a social se constituem mutuamente, ou seja, a subjetividade é um sistema de produção de sentido e significação que engloba o homem nos diferentes espaços sociais concretos e culturais nos quais desenvolve suas atividades (González Rey, 2003, 2012). Assim, a Medicina, enquanto um campo do saber, ao criar novas concepções e valores sobre o parto no espaço social, gera uma articulada inter-relação com as subjetividades individuais dos sujeitos desse espaço social, os quais participam de sua constituição, e dialeticamente, se constituem dela.

Com o objetivo de traçar o percurso da incorporação do parto hospitalar no Brasil, considero relevante expor o esboço histórico da constituição das Faculdades de Medicina brasileiras. Desde a constituição do Brasil como colônia portuguesa, a intervenção sobre o parto recebeu influências das inovações em obstetrícia advindas da Europa. Enquanto na Europa, a obstetrícia já havia sido fundada no século XVII, foi apenas em 1808 que se fundou a primeira faculdade médica do Brasil. Desde então, o saber médico passou a permear o partear. Porém, as ações da obstetrícia no Brasil, nesse período do século XIX, aprimoraram-se no conhecimento anatomopatológico, voltados para interrupção de uma gravidez de risco para a mulher, através do aborto, nos casos considerados pelos médicos obstetras como

anatomicamente anómalos para o desenvolvimento de uma gestação. As intervenções médicas para o abortamento, nesse período, estavam ligadas à práticas culturalmente populares, como aplicação de sanguessugas, diuréticos, preparação de chá de canela, sangria, dentre outros. (Brenes, 1991 & Zugaib, 2006).

No primeiro momento, as Escolas de Cirurgia das faculdades de medicina funcionavam em situação precária, com número insuficiente de professores e com recursos materiais provenientes dos Reais Hospitais Militares, que não possuíam condições mínimas de infraestrutura e higiene para funcionarem como estabelecimento de saúde. Devido a essas condições precárias dos hospitais e falta de professores na disciplina “Operações e Parto”, houve uma transferência dessas faculdades para os hospitais da Santa Casa da Misericórdia, porém as enfermarias ainda se encontravam em situação de precariedade de infraestrutura, disposição de instrumentos para intervenções e de pessoal para atendimento, já que houve significativa relutância das mulheres em frequentar as enfermarias de parto (Brenes, 1991 & Souza Filho, 1967). Quando parturientes recorriam aos hospitais, as práticas de ensino direcionavam-se ao toque, palpação e auscultação, mas a maior parte das práticas eram em manequins e em cadáveres, visando o estudo das várias posições do feto (Souza Filho, 1967). A cesárea, em sua grande maioria, ocasionava na morte materna por complicações hemorrágicas e infecciosas, por isso, no Brasil, de 1881 a 1904, foram feitas apenas 5 cesarianas no Rio de Janeiro e algumas no Rio Grande do Sul. O procedimento mais comum era a craniotomia³ realizada no feto para evitar a morte materna (Parente & colaboradores, 2010).

³Operação embriotômica realizada no feto antes da rotura uterina. “Até a segunda metade do século XIX, a craniotomia era a operação efetuada com o intuito de evitar a morte materna. Com a diminuição do polo cefálico, era possível fazer a extração fetal via baixa. O que hoje é uma medida de exceção e provoca arrepios em muitos obstetras, era antes usual” (Parente & colaboradores, 2010, p.484-485).

Com o objetivo de atrair pacientes para o hospital, em 1910, foi construída a primeira maternidade no Brasil: Maternidade Climério de Oliveira. Essa maternidade foi considerada o melhor investimento de saúde, pois possuía qualificada infraestrutura e era composta por material didático estrangeiro. Tal investimento na clínica obstétrica e na maternidade permitiu que as mulheres fossem se habituando com a possibilidade de se internar para o parto. A partir de 1915 a 1969, inicia-se um avanço no parto abdominal a partir de certas técnicas como parto segmentar, uso de antibióticos, uso de anestesia, ocitocina artificial, dentre outros recursos tecnológicos (Parente & colaboradores, 2010). E, a partir de 1970, o modelo biomédico brasileiro adota uma assistência ao parto, similar ao modelo americano, pela incorporação de um modelo tecnológico na obstetrícia, como ultrassonografia, monitor fetal, dentre outros (Kruno & Bonilha, 2004).

A respeito das transformações na clínica obstétrica ao longo dos séculos, considero relevante pensarmos sobre a função do hospital na sociedade, e para tal fim, irei correlacionar as transformações funcionais do hospital no Brasil, ao longo dos séculos, com a análise de Foucault (2014) sobre o nascimento do hospital. Inicialmente, os hospitais tinham uma função de caridade, de assistência ao pobre e ao doente. “O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por essas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna” (Foucault, 2014, p.174). No século XVIII, o Brasil contava com as confrarias, irmandades e hospitais das Casas de Misericórdia para exercer esses serviços de caridade e recolhimento dos pobres e dos doentes. Espaços que misturavam doentes, loucos, pobres e onde os trabalhos realizados eram de assistência espiritual e caritativa (Sanglard, 2006). Acreditava-se que, por meio das obras de caridade, os pobres podiam obter a salvação no momento da morte (Foucault, 2014). Assim, no século XVIII, as ações eram, em sua grande maioria, religiosas.

O convívio entre a caridade e o ensino médico durou até o final do século XIX no Brasil, pois os médicos estavam submetidos às regras definidas pelas irmandades, já que as freiras realizavam as funções administrativas e de enfermagem dos hospitais. Porém, a medida que os hospitais foram se medicalizando, as ações em saúde foram se laicizando pela passagem do poder da religião para o poder médico. Passagem possível a partir do momento em que os hospitais se reorganizam em hospitais universitários, que as Faculdades dispunham para o estudo prático do saber médico (Sanglard, 2006).

Foucault (2014) considera a disciplina como o principal instrumento de reorganização dos hospitais, uma tecnologia de poder que se encontra presente na sociedade desde a Antiguidade, mas que foi modificando, ao longo dos séculos, sua forma de perpassá-la. A disciplina se aperfeiçoou para a “gestão dos homens” (Foucault, 2014, p.180), por meio de invenção de tecnologias que permitissem controlá-los em suas multiplicidades, para que assim pudessem ser transformados em mão de obra útil para o trabalho e produção. Desta forma, devido a questões econômicas, como o mercantilismo, cada indivíduo ganhou valor e passou a investir em suas capacidades (Foucault, 2014).

A respeito disso, Foucault (2014) relata o controle médico do pobre: um conjunto de intervenções e assistências médicas efetuadas na Europa no século XVIII que ajudavam os pobres a satisfazerem suas necessidades de saúde, visando garantir a proteção das classes dominantes sobre os efeitos epidêmicos originários na classe pobre e o controle da saúde da força de trabalho. Esse controle se perpetuava por meio da disciplinarização da população e dos corpos mediante constante vigilância efetuada através de uma “pirâmide de olhares” (Foucault, 2014, p.182):

A disciplina implica um registro contínuo. Anotação do indivíduo e a transferência da informação de baixo para cima, de modo que, no cume da pirâmide disciplinar, nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape a esse saber. No

sistema clássico, o exercício do poder era confuso, global e descontínuo. Era o poder do soberano sobre grupos constituídos por famílias, cidades (...), isto é, por unidades globais, e não um poder contínuo sobre o indivíduo (Foucault, 2014, p.182).

Desta forma, a disciplina tem como alvo o processo classificatório de medição e distribuição dos indivíduos, que visa utilizá-los ao máximo através dos regimes disciplinares, como escolas, cidades, hospitais, dentre outros (Foucault, 2014). E, especificamente em relação ao regime hospitalar, o desejo de evitar epidemias, o preço dos indivíduos e as mudanças no saber médico explicam a introdução dos mecanismos disciplinares no hospital, permitindo a medicalização tanto desse espaço quanto do espaço social. A disciplinarização hospitalar é incumbida dessa função de disciplinar o espaço social, visando “transformar as condições do meio em que os doentes são colocados” (Foucault, 2014, p.184).

Os doentes serão individualizados e distribuídos em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica (Foucault, 2014, p.184).

Logo, os hospitais, que detinham um cunho religioso, em que os médicos eram apenas solicitados para os casos mais graves, transformam os seus sistemas de poder interno a partir do momento que sua própria estrutura espacial é vista como um instrumento de cura e, assim, invertem-se as relações de poder, que passam a serem investidas no poder médico. As técnicas gerais como registro de entrada do doente, evolução da doença, farmacêutica utilizada e leitos mais apropriados eram mantidas pelo corpo médico e permitiram que o espaço hospitalar se constituísse não apenas como um espaço de cura, mas também como um espaço de formação de saber e transmissão de saber. Neste caso, os indivíduos e a população se tornam objetos de saber das intervenções médicas (Foucault, 2014).

Em relação a clínica obstétrica, pode-se explicitar o movimento de medicalização do parto em cesáreas principalmente a partir de 1970 no Brasil. Anteriormente a esse ano, encontra-se o período de descoberta e desenvolvimento de instrumentos tecnológicos para a aprimoramento do parto hospitalar e também, como dito em parágrafos anteriores, uma certa resistência das mulheres em utilizar os serviços hospitalares disponíveis para o partear.

Foi, no século XX, quando as ações de saúde, através de medidas de controle da população, se incorporam aos fenômenos do cotidiano das mulheres, que elas começaram a entrar em contato com as intervenções médicas hospitalares disponíveis, que até então não eram vistas como pertencentes de suas realidades subjetivas. E, nesse contato, as intervenções tecnológicas médicas se tornam possíveis medidas de saúde para sociedade.

(...) o desenvolvimento de distribuições gratuitas de medicamentos sob a responsabilidade dos médicos designados pela administração, tudo isso remete a uma política de saúde que se apoia na presença extensiva do pessoal médico no corpo social (Foucault, 2014, p.313).

Sobre isso, pode-se afirmar que, quando a política médica nos países da Europa e no Brasil delimitou o alvo do planejamento familiar como primeira instância da medicalização dos indivíduos, houve uma associação entre boa saúde no corpo social com os cuidados prestados às necessidades dos indivíduos, e principalmente, cuidados como o controle coletivo da higiene e os instrumentos científicos de cura, ambos oferecidos por um corpo médico reconhecido pelo Estado (Brasil, 2001 & Foucault, 2014).

Assim, o Brasil, no final do século XX e o início do XXI, foi marcado por avanços científicos e tecnológicos na saúde da mulher e do neonato, visando a redução da mortalidade de ambos (Brasil, 2007). E nesse sentido, a atenção obstétrica é uma das medidas adotadas para propiciar qualidade à saúde da mulher e do perinatal, sendo responsável pela queda de

mortalidade nos casos de risco⁴ para ambos (OMS, 2015; Parente & colaboradores, 2010; Villar & colaboradores, 2007; Souza & colaboradores, 2010), já que, nesses casos, os benefícios obtidos pela cesárea compensam os possíveis riscos imediatos⁵ que a mesma pode propiciar para a mãe e o perinatal (Souza & colaboradores, 2010; Villar & colaboradores, 2007). Desta forma, “ a comunidade internacional de saúde tem considerado que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos” (OMS, 2015, p.2). Todavia, esse procedimento cirúrgico vem tornando-se cada vez mais comum nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, e nessa estatística, mais de 50% dos partos realizados no Brasil são cesáreas, tornando-o um dos países como as maiores taxas de cesáreas realizadas (Brasil, 2013 & OMS, 2015).

Mediante essa realidade, estudos científicos são elaborados, visando analisar os motivos do excesso de cesáreas no Brasil. Dentre eles, pode-se citar os da Dapnhe Rattner, presidenta da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, doutora em Epidemiologia pela Universidade da Carolina do Norte e discente adjunta de Epidemiologia na Universidade de Brasília. Um de seus artigos, “Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico” (Rattner, 2009a), evidencia que, no século XX, marcado por avanços industriais, o setor da saúde passa a priorizar o modelo tecnicista em detrimento do cuidado aos usuários dos serviços e passa a ser regulado com base na produtividade, alcançada devido aos hospitais cada vez mais equipados com recursos tecnológicos e médicos especializados, que adaptaram sua organização administrava à lógica de funcionamento industrial, em que

⁴ Pesquisas científicas desenvolvidas pelo Centro de Atenção à Mulher do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) evidenciam situações de risco, em que a cesárea é uma indicação absoluta: placenta prévia, deslocamento prematuro da placenta, vasa prévia, placenta acreta, herpes genital com lesão ativa no momento do trabalho de parto, desproporção cefalopélvica e sofrimento fetal agudo. As outras são indicações relativas que, durante o trabalho de parto, devem ser examinadas como potenciais de risco ou não para a saúde mãe e o perinatal na decorrência de um parto normal (Amorim & colaboradores, 2010; Souza & colaboradores, 2010)

⁵ Dentre os riscos imediatos possíveis devido à cesárea, estudos científicos, desenvolvidos pela British Medical Journal e pela BioMedCentral (Souza & colaboradores, 2010; Villar & colaboradores, 2007), evidenciam riscos de morte, de admissão em cuidados intensivos para mães e neonatos, histerectomia e hemorragia materna e infecção pós-parto.

usuários de saúde são vistos como matérias-primas para conseguir, por meio de um processo tecnológico, o alcance de resultados de saúde⁶. A assistência ao parto, nessa lógica industrial, passou a ser vista como o modelo mais adequado para a sociedade de consumo, como uma linha de produção “em que agendam cesarianas (...), por conveniência de profissionais e das instituições, ostentando taxas de 70% e até 100% de cesáreas, são bons exemplos dessa interpretação de economia de tempo e produtividade” (Rattner, 2009a, p.596).

Além desse fator tecnicista para explicar a expansão de cesáreas, podemos pensar no que Foucault explicita como a “tecnologia da verdade” (Foucault, 2014, p.192). O elemento acontecimento, mediante instrumentalização, passa a ser acessível a todos e detêm uma eficácia, que pode ser repetida inúmeras vezes através dos mesmos procedimentos. Esse processo de uniformização dos acontecimentos aponta para a necessidade da existência de um objeto do conhecimento e de um sujeito detentor universal do conhecimento. E, embutido nisso, há a produção da verdade que se impõe como universal no espaço de tempo em que certo acontecimento está em voga na sociedade e toma “a forma da produção de fenômenos constatáveis por todo sujeito de conhecimento” (Foucault, 2014, p.196). Ou seja, no cartesianismo, a verdade passa a ser reconhecida como um dado acessível a todos quando submetida a um conjunto de experimentações e de regras, vistas como eficazes por proporcionar ao fenômeno o status de objeto de conhecimento pela sua uniformidade obtida através desses instrumentos. Nessa lógica, a relação poder-saber está estruturada numa dinâmica objeto- sujeito do conhecimento, na qual o sujeito do conhecimento é o detentor dos instrumentos científicos e tecnológicos considerados necessários para detectar e produzir verdade sobre os fenômenos sociais e humanos, através da experimentação realizada sobre os mesmos fenômenos- objetos de conhecimento.

⁶“ Destarte, a assistência poderia ser organizada como uma linha de produção – tanto é assim que, nos Estados Unidos, é usual a denominação de indústria da assistência médica (Health Services Industry). A teoria de administração hospitalar adaptou a compreensão industrial à assistência, denominando os usuários de input – matéria-prima, o processo como throughput e o resultado de output – desconsiderando, assim, o componente humanístico do cuidado” (Rattner, 2009a, p.596).

Por muito tempo e ainda em boa parte nos nossos dias, a medicina, a psiquiatria, a justiça penal, a criminologia ficaram nos confins de uma manifestação da verdade nas normas de conhecimento (...) (Foucault, 2014, p.197).

Especificamente em relação à saúde, o médico, intitulado como o personagem detentor do conhecimento, assume o papel de garantir, através de seu saber científico, as intervenções e decisões sobre o corpo social e individual, já que as vontades dos indivíduos passam a ser consideradas inatingíveis, pois contraria à “vontade reta” (Foucault, 2014, p.203) dos sujeitos de conhecimento. O parto, assim, passa a ser vivenciado em lugares e por pessoas desconhecidas do núcleo social da parturiente, e, sua crescente e rotineira medicalização foi limitando gradativamente outros serviços, como o das parteiras, que foram questionadas pelo modelo biomédico quanto a sua atuação, ao serem responsabilizadas por parte dos óbitos maternos e neonatais (Fleischer, 2007). Percebe-se, assim, historicamente, o papel científico da Medicina como detentora do saber biomédico, que, ao regular os corpos, define processos de saúde e doença, intervém física e quimicamente para “consertar um defeito” (Cabra, 1982, p.116) e, especificamente em relação ao parto, tecnologiza-o e domina o corpo feminino pela obstetrícia, sob a premissa de que somente profissionais preparados, com um saber científico sobre o processo fisiológico do parto, estão aptos para atuar frente a esse fenômeno.

2.2 A medicalização do parto à luz da Teoria da Subjetividade

Nessa ótica, podemos pensar que o parto é medicalizado pela sua instrumentalização e, conseqüentemente, as mulheres e a sociedade são privadas de possíveis mecanismos para lidar com o fenômeno, produzindo uma medicalização social, que corresponde a uma dependência da população para com a autoridade médica, a chamada iatrogênese social (Illich, 1975). Por meio dessas práticas institucionalizadas, o saber do especialista é privilegiado em detrimento do saber das pessoas, recusando a análise de outros fatores, como

os processos subjetivos, culturais e sociais envolvidos nas experiências humanas (González Rey, 2011b).

A relação entre Foucault, na fase da genealogia do poder, e o parto hospitalar é viável ao pensarmos neste fenômeno como “um novo regime do saber e do discurso” (Foucault, 2014, p.39), que foi legitimado e aceito socialmente como verdadeiro, devido aos efeitos de poder que circulam nas produções de saberes científicos. E ainda, é possível refletir sobre o alastramento social da cesárea, ao pensarmos nela como prática de poder, que se configura como intervenção sobre a gestão da vida nos diversos espaços e relações sociais, moldando e restringindo a multiplicidade de ações dos indivíduos sobre o parir, e, conseqüentemente, aumentando seu alcance e controle da população pela contínua normatização (Lemos, Cardoso & Alvares, 2013).

Um diálogo entre Foucault e a Teoria da Subjetividade, de González Rey (2012), é cabível, ao relacionarmos o poder que perpassa a sociedade com o conceito de subjetividade social, que caracteriza os fenômenos subjetivos manifestados nos diferentes níveis de organização de uma sociedade concreta. (González Rey, 1997, p.284); Pela ótica da subjetividade social, é possível pensar no poder como um fenômeno socialmente construído que se naturaliza por meio das crenças, valores e linguagens compartilhadas pelas pessoas, em suas diversas práticas e espaços sociais e que passa, por meio de um processo de naturalização e institucionalização dos espaços e fenômenos socialmente construídos, “a serem realidades que se antecedem e que se impõem aos protagonistas das relações que tem lugar em um espaço social” (González Rey, 2012, p.25). Logo, o parto, em sua institucionalização, se torna prioritariamente um fenômeno médico e realidade socialmente aceita, produzindo uma reorganização dos espaços sociais e uma naturalização da ótica biomédica do parto por meio de normas declaradas e veladas em suas práticas sociais.

Essas realidades socialmente aceitas, no caso, a cesárea como prioridade na assistência à mulher, “só serão transformadas pela ação crítica e diferenciada dos sujeitos concretos que vivem nessa realidade” (González Rey, 2012, p.26), pois para González Rey (2012), a organização da subjetividade, que se dá por meio da emergência de sentidos subjetivos, acontece dialeticamente nos espaços sociais e nos sujeitos individuais, ambos partes de um mesmo sistema, que “transcende toda a influência linear e direta de outros sistemas da realidade (..)” (González Rey, 2012, p.22). Essa subversão a visões unilaterais e deterministas ocorre, pois, os sentidos subjetivos, que são complexos processos simbólicos e emocionais indissociáveis entre si, marcam singularmente os espaços concretos e os sujeitos na sua relação com sua história de vida e com seus espaços sociais (González Rey, 2012).

Foucault “queria ver como esses problemas de constituição podiam ser resolvidos no interior da trama histórica, em vez de remetê-los a um sujeito constituinte” (Foucault, 2014, p.43), ou seja, o seu interesse estava centrado em problematizar as práticas sociais que perpassam os espaços sociais. Apenas na História da Sexualidade (1984), ele acrescenta na discussão do poder-saber, as produções de subjetividade e os processos de subjetivação, porém não oferece, para esses conceitos, uma definição ontológica precisa, já que eles adentram em seu cunho teórico visando ampliar a compreensão das práticas de poder sobre a sexualidade. Segundo Cardoso (2005), a subjetividade para Foucault está relacionada ao movimento de construções de modos de viver, interligados com a noção de corpo e temporalidade para validar a ideia da subjetividade como corpo das relações em movimento, que se expressa no encontro do indivíduo com as coisas, ideias, espaços e outros. Já os processos de subjetivação, em seu aspecto de temporalidade, são os próprios movimentos que transformam a subjetividade, mudando o curso do corpo das relações e possibilitando a constituição do sujeito e a resistência dele a rede de poder.

Na Teoria da Subjetividade, a subjetividade é a categoria central, que, por meio do seu caráter multidimensional, se articula com outras categorias, propiciando uma visão complexa dos processos e fenômenos humanos, já que ela permite, enquanto ferramenta teórica, uma articulação dos diferentes aspectos desses fenômenos na produção do conhecimento, como os aspectos sociais, individuais, culturais e históricos (Mori & González Rey, 2012). E, para além dessa definição teórica, a categoria subjetividade retoma o caráter subjetivo dos fenômenos humanos, ou seja, as questões relativas à vida em sua dimensão social e psicossocial ganham espaço não apenas teórico, mas também simbólico na definição dos fenômenos humanos (Mori & González Rey, 2012). González Rey (2012) define a subjetividade como um sistema interligado por dois espaços: o social e individual, que se constituem mutuamente. A subjetividade individual se organiza pelos sentidos subjetivos relativos às configurações subjetivas dos sujeitos individuais em suas histórias de vida e seus espaços sociais, enquanto que a subjetividade social diz respeito aos processos simbólicos-emocionais que se apresentam e se articulam nos diversos espaços sociais. González Rey (2011b, 2012) explicita que são os processos simbólico-emocionais do sujeito, os sentidos subjetivos, que caracterizam as produções criativas destes nos espaços sociais e em suas histórias de vida.

Na aproximação entre Foucault e González Rey, percebe-se que o fato da Teoria da Subjetividade trazer o conceito de subjetividade como sendo uma produção de sentidos subjetivos, insere a possibilidade de movimentos e transformações no próprio conceito de subjetividade. Ações que Foucault (1984) considera que ocorram a partir dos processos de subjetivação, já que para ele a subjetividade é uma forma no corpo social, a partir da qual várias repartições singulares são originadas por meio desses processos. Essa correlação teórica é proveitosa, pois Foucault (1984) apresenta algumas proximidades com a Teoria da Subjetividade (1997, 2011b, 2012), ao abordar o caráter social da subjetividade que se

comporta como um corpo relacional e que não pode ser capturado linearmente, posto que ela se articula com o tempo, na fluidez das relações. Outra semelhança teórica, é que Foucault (1984) afirma que a subjetividade não é algo intrínseco ao homem, mas sim expressão relacional que se renova por meio dos processos de subjetivação, formadores da identidade humana e possuidores da capacidade transformadora e crítica em relação aos espaços discursivos.

Todavia, um dos grandes saltos teóricos da Teoria da Subjetividade é que a subjetividade não diz respeito apenas ao corpo relacional e social, mas ela também está constituída em nível individual (González Rey, 2012), no qual emergem processos simbólico-emocionais referentes aos “aspectos singulares da história de vida das pessoas concretas” (González Rey, 2012, p.24). Esta diferença teórica é relevante na discussão do parto, pois contribui para uma visão sistêmica e processual dele, que se organiza no social, nos ritos, nas crenças e nas intervenções do parir, como também nos aspectos individuais do parir, isto é, nas configurações subjetivas individuais relativas às representações e às experiências do parto nas diversas histórias de vida, possibilitando, assim, suscitar a mulher em sua condição de sujeito no processo de significação do parto.

Além disso, a subjetividade como categoria central na compreensão dos fenômenos humanos destaca o caráter subjetivo do parto: este como um fenômeno social que se encontra em permanente relação com o sujeito, que constitui a concepção do parto e é constituído pelas representações sociais do parto. Assim, o caráter subjetivo do parto o faz ser percebido não como reprodução do que é socialmente determinado, mas como produção simbólica e emocional que caracterizam a vida das pessoas nos seus espaços sociais.

3 A Atenção Humanizada ao Parto

Uma vez que o sujeito socialmente construído não é reflexo do social, mas sim, dialeticamente, constitui e é constituído por ele, deparamo-nos com diferentes produções de sentido a respeito desse social, e essa diversidade de sentidos subjetivos gera uma tensão com a subjetividade social dominante, produzindo novos espaços sociais pela ampliação de novas zonas de inteligibilidade sobre os fenômenos sociais.

Assim sendo, as subjetividades social e individual são partes de um mesmo sistema, no qual as contradições entre esses dois níveis de organização se transformam em produções de sentido que participam, simultaneamente, do desenvolvimento dos sujeitos e da sociedade, em um processo infinito (González Rey, 2012, p.26).

Em vista disso, grupos feministas, associações de mulheres, organizações não governamentais, reivindicaram pelo retorno do poder sobre o próprio corpo e pelo retorno de formas mais naturais de parto, denunciando os abusos médicos durante a gestação e o parto por meio de intervenções abusivas e contrárias às escolhas das mulheres sobre a forma de parir (Fleischer, 2007). Essa mobilização social começou a realizar ações para incentivar o retorno de intervenções menos medicalizadas sobre o parto, como por exemplo, a assistência das parteiras ao parto, para que esse tipo de assistência pudesse ser reconhecido como um trabalho legítimo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essas ações influenciaram o processo de produção de políticas públicas, como a cartilha de 1985 “Diretrizes para atuação da parteira tradicional” e o “Programa Nacional de Parteiras Tradicionais” criado em 1991 pelo Ministério da Saúde (Fleischer, 2007). A ReHuNa foi outra criação, em 1993, advinda das mobilizações sociais, a primeira organização não governamental (ONG) voltada para a desmitificação dos processos naturais do parto como patológicos e necessitados de intervenções tecnológicas, e formada em sua maioria por profissionais de saúde, que atuam

nos serviços do SUS ou/e em programas de pesquisa científica, visando a divulgação da atenção ao parto e nascimento com base em evidências científicas (Diniz, 2005). Outra iniciativa relevante, criada pela Secretaria de Políticas da Saúde do Ministério da Saúde em 2001, foi o manual “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher” (Brasil, 2001), que traz o conceito de atenção humanizada ao parto configurando práticas que visam preservar a autonomia da mulher e promover um parto saudável para ela e para o bebê, prevenindo óbitos maternos e perinatais. Além disso, a atenção humanizada ao parto incita uma reflexão sobre a prática médica que generaliza o parto como um processo patológico ou um risco para a mulher, que, assim, “necessita” de intervenções tecnológicas. Esta reflexão se dá por meio de uma prática profissional que atenda às singularidades das mulheres pela criação de um vínculo e diálogo entre equipe de saúde e paciente, a fim de que, por meio de relações mais igualitárias, a mulher seja reconhecida e se perceba como protagonista no parir.

Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de “assumir o comando da situação” passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê (Brasil, 2001).

A atenção humanizada ao parto compreende que cada gestante traz uma bagagem histórica, cultural e pessoal que influenciará no sentido da gestação e no trabalho de parto, e todos esses aspectos são relevantes no cuidado à mulher, para que ela possa se sentir livre e, portanto, confortável para parir, seja por parto hospitalar, seja por partos não convencionais em relação ao modelo biomédico, como domiciliares, na água, entre outros (Odent, 2002). Segundo a OMS (1996), o lugar indicado para a mulher realizar o seu parto deve ser aonde ela se sinta mais segura, seja em casa, seja no hospital, seja um parto normal ou uma cesárea.

Portanto, a atenção humanizada ao parto visa resgatar a autonomia da mulher, para que ela possa tomar suas decisões de forma segura. E como parte complementar para o cumprimento do resgate da autonomia da mulher na tomada de suas decisões está o direito à informação, pois é por meio do diálogo entre as crenças e sentimentos das mulheres e as evidências científicas sobre o parto, que ela poderá, conscientemente, fazer suas escolhas sobre a opção mais confortável e segura para si. Assim, o trabalho é de empoderamento da mulher para direitos, como:

(...) o direito à integridade corporal (não sofrer dano evitável); o direito à condição de pessoa (direito à escolha informada sobre os procedimentos); o direito de estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante (prevenção de procedimentos física, emocional ou moralmente penosos); o direito à equidade, tal como definida pelo SUS (Rattner, 2009a, p.598).

Desta forma, o conceito e as implicações da atenção humanizada ao parto podem ser correlacionados com o conceito trazido por González Rey (2004 e 2011b) de saúde, contemplada enquanto um processo complexo, nos quais fatores psicológicos, emocionais, culturais, sociais, genéticos e biológicos estão envolvidos, ou seja, um fenômeno “plurideterminado”, que se configura com a participação ativa da mulher em seus processos de saúde. Participação predominantemente ativa, já que saúde se refere “a qualidade dos processos de vida” (González Rey, 2011b, p.19) dos sujeitos, isto é, se refere à vida cotidiana e ao modo de viver de cada um, que não se restringe a um único aspecto da vida do sujeito, a uma limitação física e/ou psicológica, à ausência de doenças e nem a um estado de normalidade.

É nesse intuito da contemplação de saúde numa processualidade não linear, que a compreensão da categoria “modo de vida” desenvolvida por González Rey (2004, 2011b) se

faz relevante nesse momento. Modo de vida é um conceito sociológico amplamente associado com indicadores meramente descritivos de comportamentos habituais e motivacionais da pessoa, mas González Rey (2004, 2011b) busca, a partir de suas construções teóricas, compreendê-la por dois momentos dialógicos entre si: os aspectos sociais da vida do sujeito que influem em suas atividades rotineiras e os aspectos individuais do sujeito que se relacionam com suas escolhas e suas preferências. Esses dois momentos são marcados por constantes produções subjetivas que se relacionam com as ações, os comportamentos e as preferências da pessoa e “que definem em seu inter-relacionamento a forma como vivemos” (González Rey, 2011b, p.40). Modo de vida, assim, se refere a um sistema configuracional subjetivo próprio da pessoa, no qual cada atitude dela em seus diferentes níveis de vida- sociais, individuais e relacionais- estão intrincados em constante produções de unidades simbólico-emocionais, que unidas entre si, em seu caráter processual, constituem as configurações subjetivas⁷ que caracterizam subjetivamente e singularmente a vida do sujeito.

Diante dessa reflexão sobre modo de vida, é possível pensar no parto como um fenômeno social, por estar representado por discursos sociais, como o médico-científico e o humanizado, mas também, simultaneamente, como um fenômeno singular por estar configurado na subjetividade individual da cada mulher, atrelados a diversos processos simbólico-emocionais que proporcionam aspectos subjetivos singulares a cada experiência do parir. Dessa forma, a visão sobre o parto não se limita apenas ao momento do partejar e nem às suas condições biológicas, mas está relacionado às diversas produção subjetivas de diferentes elementos que compõem a vida de cada mulher. O parto, assim, é um dos elementos que compõe a organização subjetiva da mulher, mas que toma sentido subjetivo a

⁷ Configurações subjetivas (2011b, 2012) são essas formações psicológicas, que “representam os momentos de convergência e articulação da mobilidade dos sentidos subjetivos que emergem na ação” (González Rey, p.34, 2011b) do homem sobre seu mundo vivido.

partir das produções subjetivas de outros elementos vividos por ela: como a gestação e seus vínculos familiares e sociais.

(...) eu partilhava a visão convencional de nascimento como um problema médico que requer soluções técnicas. Eu estava acostumado a ouvir os médicos chamarem as mulheres grávidas de pacientes. Há pouco tempo atrás, eu dei uma palestra numa universidade alemã, e um obstetra fez uma tradução simultânea. Cada vez que eu usei os termos “mulher grávida” ou “mulher em trabalho de parto”, ele traduzia como paciente (...). Obviamente, essa atitude não se limita à obstetrícia. Muitas vezes, artigos médicos se referem a métodos e materiais no sentido de pessoas. Em todos os campos médicos, tal mentalidade contribui para uma crescente dependência em drogas farmacêuticas, monitoramento eletrônico e intervenção cirúrgica. Em Pihitviers, à medida que fui conhecendo melhor minhas pacientes como indivíduos e não simplesmente como casos médicos, tive de revisar minha abordagem. (...). As pessoas conversavam sobre suas razões de ter ou não filhos; falavam sobre suas experiências privadas de parto, nascimento e amamentação (...). Convenci-me de que o nascimento, longe de ser uma questão médica, era de fato uma parte integral da vida sexual e emocional (Odent, 2002, p.6-8).

Michel Odent (2002) retrata essa transição de sua percepção da saúde enquanto um defeito ou cura de uma doença para a visão dela enquanto um fenômeno multidimensional, na qual diversos aspectos da vida, como o nascimento, estão conectados, simultaneamente, com representações históricas e culturais e com os sentidos subjetivos que emergem na configuração subjetiva singular de cada mulher no momento da gestação e do parto.

4 Duas faces da normatização

Contudo, tal modelo humanizado, mesmo que instigue uma prática horizontal de saúde na relação profissionais de saúde e paciente, respeitando o papel ativo da mulher e estimulando práticas mais naturais de parir, pode se configurar como uma subjetividade social dominante a partir do momento que algum tipo específico de parto seja imposto ao indivíduo inserido nesse espaço social, mesmo que seja o parto normal, pois estaria negando as diferentes produções subjetivas que emergem de uma mesma experiência.

Este novo olhar, pela pupila da Teoria da Subjetividade, nos instiga a compreender as práticas de saúde por meio dos processos subjetivos, que postulam que os processos sociais formais, neste caso, as intervenções em saúde, por si só, não favorecem a produção de “uma condição afetiva propícia para começar a gerar sentidos subjetivos” (González Rey, 2011b, p.56), posto que essa condição acontece quando as práticas de saúde permitem que os sujeitos introduzam “um novo fato a sua identidade” (González Rey, 2011b, p.56). Isto é, os profissionais de saúde e as pacientes se posicionarão de acordo com a proposta de um modelo de atenção humanizada, quando a relação entre eles, por meio da escuta, do acolhimento e da atenção, possibilite a emergência de novos processos simbólico-emocionais sobre o discurso naturalizado do parto, presente nas configurações subjetivas desses dois grupos.

Dessa maneira, a mudança nas intervenções de saúde não depende da “elaboração racional” (González Rey, 2011b, p.56) que os profissionais de saúde legitimam no discurso do modelo humanizado ao parto, mas sim dos novos sentidos subjetivos que emergem no significado sobre o paciente e sobre a prestação do atendimento em saúde. A mesma reflexão é válida para as pacientes que, a partir de novos sentidos subjetivos que emergem sobre suas concepções, começam a assumir uma nova condição afetiva frente a suas experiências e

também a suas próprias concepções, podendo se perceber como ativas no processo de escolhas sobre seus corpos e diante de situações da vida.

Assim, quando as mudanças nos discursos dos profissionais de saúde e das pacientes não são acompanhadas por mudanças subjetivas, as práticas de saúde continuam alicerçadas numa lógica dominante, na qual o desafio do empoderamento da paciente é excluído do processo de saúde, mesmo sob o discurso de humanização. Em relação às pacientes, o discurso do parto humanizado pode estar presente, porém sustentando e sendo sustentado por suas representações sociais, familiares e pessoais, naturalizadas, ou seja, sem que isso gere “diferentes alternativas de expressão da pessoa” (González Rey, 2011b, p.68) frente a essas representações.

Neste caso, os fenômenos se tornam realidades naturalizadas, tanto na subjetividade social, quanto na individual, se comportando como obstáculos para o desenvolvimento das pessoas e dos espaços sociais e como mantenedores dos sentidos subjetivos dominantes de suas configurações subjetivas, “aspectos definidores de nossa identidade, esta que se naturaliza e não passa pela vivência consciente (...)” (González Rey, 2012, p.27), caracterizando a vida das pessoas nos espaços sociais pelo compartilhamento de representações e concepções, que se sustentam em valores e práticas sociais.

Os aspectos compartilhados nos espaços sociais em que produzimos sentidos subjetivos em nossa história passam a constituir-se, em seus próprios atributos físicos e ambientais, em sentidos subjetivos que mobilizam nossa produção emocional e simbólica e que se integram à complexidade de elementos psicológicos constituintes de nossa identidade (González Rey, 2012, p.27).

Desse modo, é por meio do desencadeamento de novos processos simbólico-emocionais das mulheres em relação a si próprias e a seus espaços sociais que a complexa

rede de sentidos subjetivos sobre suas concepções do parto vai se modificando, incorporando e estendendo fatos novos a identidade delas na vivência da maternidade (González Rey, 2011b, 2012). Permitindo, assim, que a experiência do parto seja congruente com o modelo de atenção humanizada, ou seja, que a mulher possa se empoderar como sujeito ativo no seu processo de saúde, por meio dos novos sentidos subjetivos que vão integrando novas significações psicológicas às experiências, já que o processo de saúde ocorre pela tensão entre o momento atual da pessoa e suas diferentes representações e crenças, que sucedem novos sentidos e variam os sentidos subjetivos iniciais pertencentes à configuração subjetiva dominante referente à experiência do parto.

Objetivos

Objetivo Geral:

- Compreender as diferentes produções subjetivas individuais e sociais das participantes em relação ao parto.

Objetivos Específicos:

- Elaborar sobre os processos de sentidos subjetivos envolvidos na escolha do parto;
- Analisar os aspectos da subjetividade social relacionados à perspectiva da humanização do parto;
- Explicar a qualidade da relação profissional de saúde e paciente no contexto da humanização e seu desdobramento no empoderamento das mulheres durante o parto.

Metodologia

A Epistemologia Qualitativa proposta por González Rey (2011a, 2012) surge em busca de uma mudança epistemológica do fazer ciência, ou seja, visa à construção e manutenção de uma ciência diferente do modelo positivista, na qual tanto o positivismo ateuórico⁸ quanto parte das pesquisas epistemológicas alternativas⁹ se baseiam. A Epistemologia Qualitativa parte da ideia de um conhecimento sempre em construção, pois a ciência, os aspectos culturais e a subjetividade humana estão interligados, gerando uma complexidade na própria compreensão científica do conhecimento, na qual uma compreensão científica que se mantém numa determinada época pode não preponderar no tempo, devido a mudanças nos processos e meios sociais. Com isso, pela existência de “novas zonas de sentido” no conhecimento, isto é, pela incorporação de novas produções teóricas nesse conhecimento, que, como consequência, mudam o problema de estudo e de investigação do próprio conhecimento, pode-se caracterizá-lo como um sistema aberto (González Rey, 2011a; 2012).

Essa conectividade entre a ciência, aspectos culturais e a subjetividade humana na compreensão do conhecimento, traz à tona um dos pressupostos da Epistemologia Qualitativa: *o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento*, que permite entender esse conhecimento como uma constante produção teórica de uma complexa realidade, que não pode ser capturada totalmente e linearmente. Uma produção teórica acontece na medida em que, por meio de nossas práticas, se criam novas dimensões da realidade articuladas com reflexões dos pesquisadores e pressupostos teóricos; assim, o que conhecemos são campos de

⁸ **Positivismo ateuórico:** Diz respeito a um modelo descritivo, quantitativo e empírico, que se baseia na acumulação de dados passíveis de verificação e observação direta, refutando reflexões e produções teóricas sobre os fenômenos estudados.

⁹ **Pesquisas epistemológicas alternativas:** Surgiram como uma alternativa ao modelo positivista dominante, porém grande parte delas, por mais que se intitulem como qualitativas, conservam em sua prática uma concepção positivista, pela carência de uma reflexão e mudança de “consciência epistemológica” dos pesquisadores sobre a ciência e o conhecimento. (González Rey, 2012)

realidade, que se constroem nesse contato do pesquisador com os fenômenos dela, isto é, nesse contato se criam novos campos de inteligibilidades na busca de dar possibilidades de construção de novos sentidos sobre a realidade, caracterizando o conhecimento pela sua “capacidade de gerar novas zonas de inteligibilidade acerca do que é estudado e de articular essas zonas em modelos cada vez mais úteis para a produção de novos conhecimentos” (González Rey, 2012, p.6).

A legitimação do singular no processo de produção do conhecimento é outro pressuposto da Epistemologia Qualitativa para o desenvolvimento da pesquisa qualitativa. Essa ideia de legitimidade parte do entendimento da pesquisa como uma produção teórica constante, ou seja, a teoria se comporta como uma produção sistemática, que integra pensamentos e múltiplas ideias do pesquisador, para, a partir disso se criar diferentes zonas de sentido sobre o que foi estudado. Com isso, a teoria não tem um fim em si mesma e não consegue abordar em termos absolutos o estudado, pois ela se disponibiliza a legitimar o caso singular como fonte de informação, ao mesmo tempo que se constrói como um modelo capaz de significar essas informações (González Rey, 2012).

Outro pressuposto para o desenvolvimento da pesquisa qualitativa é *o diálogo entre o pesquisador e o pesquisado*, que permite ao pesquisador ter acesso à realidade individual e social do sujeito pesquisado e significar os elementos implícitos na expressão do pesquisado em processos de sentido subjetivo que caracterizam sua vida. Desta forma, o processo de comunicação instiga a livre expressão das aspirações e contradições dos sujeitos por diferentes vias simbólicas, permitindo o pesquisador “ estudar sua subjetividade e a forma como o universo de suas condições sociais objetivas aparece constituído nesse nível” (González Rey, 2012, p.14). Tendo em vista o estabelecimento de um diálogo espontâneo e livre entre o pesquisador e pesquisado, a comunicação deve ser um espaço que possibilite ambos serem reconhecidos como sujeitos da pesquisa, ativos e implicados criticamente no

desenvolvimento da pesquisa. Assim, o desenvolvimento da pesquisa é marcado por esse processo constante de comunicação, que permitirá ao sujeito pesquisado a construção de suas próprias produções de sentido, reflexões e pensamentos sobre os diferentes momentos da pesquisa (González Rey, 2012).

O processo de construção da informação

A construção da informação é a construção teórica sobre os dados e informações do sujeito pesquisado que surgem a partir da relação pesquisador e pesquisado. Esta é primordial para que as categorias sentido subjetivo e configuração subjetiva sejam suscitadas em um estudo singular dos sujeitos em suas realidades concretas, pois é a partir da tensão entre os aspectos subjetivos do pesquisador e a realidade complexa do empírico que se desenvolve o modelo teórico, um sistema teórico construído através da interpretação dos elementos que não aparecem como dados universais no momento empírico, mas sim que ganham significado através das significações atribuídas pelo pesquisador (González Rey, 2012).

Desta forma, a construção da informação desenvolve-se através da produção teórica de sentidos subjetivos e configurações subjetivas relacionadas aos diversos comportamentos e produções simbólicas do sujeito pesquisado (González Rey, 2012), elementos estes que não surgem explicitamente na fala do pesquisado, mas sim através do tensionamento entre as ideias e informações, obtidas durante a pesquisa, e o pensamento ativo do pesquisador na construção e interpretação das informações obtidas.

Por isso, vale ressaltar o papel ativo do pesquisador para a garantia da qualidade da informação (González Rey, 2012), pois à medida que ele interpreta os dados e informações obtidos, teorizando sobre os mesmos, os sentidos subjetivos começam a se articular entre si, formando a representação de uma configuração subjetiva do sujeito, um modelo teórico, que

visualiza os processos dinâmicos, contextuais e históricos da subjetividade que se organiza, singularmente, na vida pessoa.

A construção do modelo teórico ocorre a partir da inter-relação de hipóteses amplas, isto é, o pesquisador produz, com base nas informações obtidas do participante, os indicadores de sentidos subjetivos, que são termos hipotéticos, que se articulam entre si e formam essas hipóteses mais abrangentes do estudo (González Rey, 2012). Portanto, como a configuração subjetiva diz respeito a uma representação complexa da realidade, sua apresentação teórica refere-se a uma parte da realidade, que não pode ser capturada e evidenciada totalmente e, as hipóteses, nessa perspectiva, estão em constante desenvolvimento, devido à possibilidade do estabelecimento de novas categorias sobre informações de acordo com o pensamento teórico que o pesquisador procura prosseguir.

Toda pesquisa empírica pode ser fonte de vários modelos teóricos, cuja legitimidade não será dada pela evidência imediata da superioridade de um sobre os outros, mas pela capacidade que terão para manter sua viabilidade e seu desenvolvimento diante de novos sistemas de informação empírica, bem como diante do surgimento de novos modelos teóricos com capacidades diferenciadas para dar sentido a qualidades distintas sobre o estudado (González Rey, 2012, p.119).

Participantes

Duas mulheres, que já passaram mais de uma vez pela experiência do parto. Camila (nome fictício) é uma mulher casada, mineira, de 44 anos, jornalista, que passou quatro vezes pela experiência do parto. Os dois primeiros foram cesarianas, e os últimos, foram um na casa de parto e o outro domiciliar. Ela mora com seus quatro filhos e seu marido, pai de todos os filhos. Ela se considera militante nas causas do parto humanizado, constantemente buscando informações sobre o parto. Já Bruna (nome fictício) é uma mulher casada, mineira, de 39

anos, psicóloga, que teve duas experiências de parto, ambos cesáreas. Mora com seus filhos e marido, pai apenas da filha mais nova.

O procedimento do recrutamento se deu da seguinte forma: A.P. me foi indicada por uma colega de classe, sua sobrinha. Nosso primeiro contato foi em 2014, em uma das disciplinas do curso de graduação, o qual se deu pela prontificação imediata dela, por e-mail, a participar da pesquisa pelo interesse em “divulgar o parto humanizado e uma nova ética baseada nos nossos princípios ancestrais” (palavras da participante). Esse semestre, mediante novo contato via telefone, A.P. se disponibilizou a dar continuidade na participação da pesquisa por meio de novos encontros. C.L., por sua vez, minha colega de classe na universidade, soube do tema da minha monografia e se prontificou a participar, demonstrando interesse pelos objetivos da pesquisa. Foi marcado um primeiro encontro individual, que teve a finalidade de explicar sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclarecer suas dúvidas e para que elas assinassem o termo.

Crítérios de inclusão

Duas mulheres alfabetizadas que tenham passado mais de uma vez pela experiência do parto, visando compreender que sentido e elaboração de ideias elas atribuem as suas experiências de parto ao compararem uma experiência com a outra.

Crítério Exclusão

Mulheres que só tenham passado apenas por um parto. Não haverá qualquer critério de exclusão quanto ao estado civil, classe social e escolaridade.

Criação do cenário social da pesquisa

Cenário de pesquisa é definido como um processo de construção de um espaço social, na qual os participantes irão ser perceber como participantes, e numa disposição pessoal,

decidem se envolver na pesquisa (González Rey, 2012). Caracteriza-se como um espaço de diálogo e comunicação ativa do participante sobre o tema de pesquisa, possibilitando, assim, que seu envolvimento na pesquisa ultrapasse os limites do problema a ser estudado, ao se relacionar com os aspectos íntimos de sua vida. Essa ligação entre produções intelectuais e emocionais do participante sobre o tema da pesquisa favorece sua suscitação enquanto sujeito implicado ativamente na pesquisa, pois ao ser reconhecido- dentro de sua multifacetação social, cultural e pessoal- como gerador de realidades subjetivas e pertencente a uma história subjetiva social, a pessoa é investida em sua ontologia própria: seu caráter subjetivo. Desta forma, o cenário de pesquisa é um recinto constituído por pessoas abarcadas em sua dimensão subjetiva individual e social.

Para a construção desse espaço, primeiramente, entrei em contato com as participantes, apresentando a pesquisa. Tendo ocorrido o interesse de ambas, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) para elas assinarem e obterem, pela leitura, uma compreensão maior sobre a pesquisa, possibilitando que elas pudessem iniciar um processo de aderir seus próprios sentidos subjetivos à pesquisa. A partir daí, os encontros foram realizados em locais que variaram de acordo com o objetivo do encontro e com a facilidade de locomoção das participantes, como restaurantes, lanchonetes, faculdade universitária e a própria moradia de uma delas. Foram realizados quatro encontros individuais com Bruna e três encontros individuais com Camila, ambos com duração de 1h a 2h cada.

O primeiro encontro foi em um restaurante, em que expliquei o tema da pesquisa, bem como seus objetivos e sua justificativa que constam no Termo, e abri um espaço para a construção de um diálogo, para que as participantes pudessem falar sobre o assunto e sobre suas as experiências e sentimentos sobre o parto. Ambas estavam receptivas e dispostas a compartilharem sobre suas vidas pessoais e suas experiências de parto.

No segundo encontro com Bruna, num shopping, foi entregue um complemento de frases (Anexo B), em que todos os indutores foram preenchidos por ela com frases grandes, também demonstrando interesse em discorrer verbalmente com detalhes de sentido sobre cada frase. Já o segundo encontro com Camila foi em uma lanchonete, em que foi entregue o questionário (Anexo C). O terceiro encontro com Bruna ocorreu em uma praça de alimentação de um shopping, na qual também foi entregue o mesmo questionário (Anexo C). As duas discorreram de forma escrita sobre as perguntas e depois foi aberto um diálogo para que pudessem se posicionar verbalmente sobre suas próprias concepções de seus mundos vividos. Ambas participantes se interessaram pelas perguntas e se emocionaram, em alguns momentos, ao lembrar de alguns aspectos de sua vida referentes à maternidade e à família.

Já o último encontro com Camila foi realizado em sua própria casa e, no caso de Bruna, em uma praça de alimentação. Nesse encontro foi entregue uma folha em branco para que fosse preenchida com um desenho de suas famílias. Para C.L. foi dada a instrução de desenhar sua família núcleo (marido e filhos) com o objetivo de compreender sua relação com os mesmos e para Camila, desenhar a família com a qual cresceu: pai, mãe, irmãos e irmãs. As instruções do desenho foram diferentes para as duas participantes, pois esse instrumento foi utilizado como um meio facilitador para o contato com novas zonas de suas próprias experiências sobre certos temas de vida e os temas abordados, de maior necessidade de aprofundamento, eram diferentes para cada uma. Bruna desenhou com muita atenção sua família e se emocionou com lágrimas em alguns momentos do diálogo sobre o desenho, já Camila relatou que não gostava de desenhar, por isso ele foi feito rapidamente, porém o diálogo posterior durou 1h30m.

Instrumentos

Instrumentos de pesquisa são todos os meios utilizados para estimular a expressão e construção do sujeito sobre o tema estudado. Como na pesquisa qualitativa a preocupação é com produção de ideias, os instrumentos deixam de ser a fonte de produção dos resultados de pesquisa e se tornam instigadores de informação sobre o estudado, que só adquire significado dentro de uma rede de informações do sujeito pesquisado. Com isso, nenhum instrumento de pesquisa consegue definir e generalizar expressões do sujeito, pois ele se desenvolve por meio dos diálogos entre o pesquisador, sujeito pesquisado e tema estudado (González Rey, 2011a).

Como os instrumentos não assumem estaticidade em suas definições, vale ressaltar seus contínuos movimentos no desenvolvimento da pesquisa, isto é, um instrumento utilizado para estimular a expressão de ideias do sujeito pesquisado se desdobra em outros instrumentos, que também funcionarão como indutores de informações. E, através das diversas informações obtidas, o pesquisador irá significá-las pela confrontação das expressões dos diferentes instrumentos. Ou seja, a partir das contradições e comunicação entre expressões obtidas por diferentes instrumentos, o pesquisador terá acesso à condição subjetiva do sujeito pesquisado sobre o tema estudado e construirá um corpo teórico composto por diálogos dos diferentes instrumentos e suas interpretações sobre o momento empírico (González Rey, 2011a).

Um dos instrumentos que a pesquisa utilizou é a Dinâmica Conversacional, na qual estabeleceu-se um diálogo entre eu e as participantes sobre o tema da pesquisa, visando justamente estimular produções de ideias delas sobre o estudado. A Dinâmica Conversacional é um instrumento aberto, que facilita que o sujeito pesquisado seja ativo no processo de construção de ideias sobre o tema de estudo, com toda sua singularidade e complexidade.

Essa conversação se difere da entrevista, pois como tido anteriormente, a conversação é um sistema aberto, na qual o pesquisador não se limita a perguntas diretas e fechadas, como acontece na entrevista, mas sim ele está inserido como um sujeito ativo no processo de construção do diálogo, que se desenvolve por meio de ideias produzidas entre ele e o pesquisado, que não segue nenhum tipo de instrumentalização.

Além da Dinâmica Conversacional, o complemento de frases foi utilizado para ampliar as formas de comunicação entre eu e as participantes e para possibilitar “diferentes formas de expressão simbólica do sujeito” (González Rey, 2012, p.14). O complemento de frases é um instrumento que expõe indutores curtos e gerais escolhidos pelo pesquisador sobre diversos aspectos de vida, a partir dos quais o participante constrói suas frases, que, para além da mensagem explícita consciente, favorecem expressões de sentidos subjetivos, pois destas frases se suscitam contradições, emoções e processos simbólicos diversos em relação aos conteúdos de outros instrumentos utilizados, permitindo a construção da interpretação do pesquisador sobre o significado dos sentidos subjetivos.

A utilização do questionário aberto se deu com objetivo de produzir informações sobre as participantes em relação ao tema da pesquisa. Esse instrumento escrito é composto por perguntas abertas, que possibilitam a expressividade livre e espontânea do sujeito pesquisado, permitindo, assim, a exposição direta de informações referente a mensagem explícita da pergunta e a expressão de informações indiretas do sujeito, que ultrapassam seu limite de consciência; dois diferentes aspectos de informações, que oportunizam, através de um trabalho de interpretação do pesquisador, a construção de indicadores relevantes de sentido subjetivo para a pesquisa sobre as informações do sujeito elaboradas no questionário (González Rey, 2011a, 2012).

Outro recurso de pesquisa foi utilizado na minha prática para ampliar as formas de comunicação com os sujeitos participantes e para possibilitar “diferentes formas de expressão simbólica do sujeito” (González Rey, 2012, p.14). Todavia, a escolha desse recurso ocorreu na medida em que o contato se estabeleceu, pois por meio desse contato que as necessidades para a contínua produção de conhecimento se evidenciaram.

O desenho foi o recurso escolhido no decorrer do desenvolvimento do momento empírico devido à necessidade de facilitar mais expressões subjetivas de informações produzidas pelas participantes. Este instrumento teve como objetivo propiciar as expressões simbólicas das participantes sobre suas famílias por outro caminho que não fosse a fala, já que por esta via elas não se expressaram espontaneamente sobre o tema. Assim, o desenho possibilitou o acesso, através da conversação posterior à sua realização, à outras informações relevantes, pois este instrumento tem por finalidade “facilitar a construção de trechos de informações nas conversações que estimulem a expressão sobre os sentidos subjetivos presentes no desenho” (González Rey, 2012, p.69).

Construção da Informação

Informações gerais de Camila

No primeiro encontro, Camila me contou que, quando criança, foi descoberto que ela possuía dois úteros, um deles atrofiado e o outro invertido. Com doze anos, ela foi submetida a uma cirurgia para a retirada do útero atrofiado e uma das trompas. Desde então, ela pensava que não seria capaz de ser mãe, pois os médicos lhe diziam que por ter um útero invertido a probabilidade de ter um filho era mínima.

O medo e a culpa relacionados à institucionalização dos fenômenos da vida- uma crítica sociopolítica

(1) Eu nunca imaginei que pudesse ter filhos. Então eu tive um e achei que era um milagre, tanto que a segunda gestação foi uma surpresa, porque eu achei que o primeiro tinha sido um milagre e que aquele milagre não ia se repetir. Ou seja, você vê que o condicionamento é tão grande que, mesmo depois de uma primeira gravidez, eu não acreditava que podia ter de novo. Ah, a família toda acreditava nisso também. Eu fiz uma cirurgia com 11 anos, eu tirei um dos úteros, uma trompa também, tive dificuldade ovulatória, ninguém sabia como ficaria todo esse aparelho reprodutor. E, os médicos ainda diziam que eu tinha uma doença por conta do útero invertido e que era provável que eu não conseguiria ter filhos. Virou uma crença e, quando você fica dentro de uma crença, você fica acreditando naquilo.

Podemos ver que a forma como os médicos esclareceram a ela e a sua família, em sua infância, sobre o útero invertido, se entrelaça em um modelo patologizante, pois ao detectar o útero invertido, que diverge anatomicamente do útero para baixo, rotulam seu sistema reprodutor como incerto e praticamente infértil e, mais que isso, traz essa condição

fisiológica como doença. Além disso, percebe-se como esse discurso médico se naturalizou e passou a ser realidade que se impôs ao processo de construção de ideias da participante sobre a possibilidade de engravidar quando ela e sua família legitimaram sua incapacidade para gerar filhos após o diagnóstico médico. A gravidez, além de ser uma “surpresa” para Camila, foi dita por ela como um (1) “*milagre*”, isto é, por não acreditar na sua capacidade de gerar filhos mesmo após a descoberta da gravidez, ela intitula esse momento como um milagre, ou seja, como algo externo, por acreditar que seu corpo não funciona bem. Percebo que “*milagre*”, é a forma como ela consegue dar sentido para esse momento da gravidez, na qual ela não conseguiu incorporar a sua identidade ativa no gestar.

(2) Quando eu casei, eu descobri que tava grávida, já de dois meses (risos). Comecei a pesquisar bastante sobre o parto natural e falei pra minha ginecologista, daquela época, desse desejo e a gente combinou que ia ser assim. Quando a bolsa estourou, fui para o hospital, fiquei 70 horas em trabalho de parto, mas a médica disse que não dava pra fazer o parto normal, porque teve pouca dilatação. (...). Poderia ter sido de uma outra forma, mas a responsabilidade foi dupla. Poderia ter sido se eu entendesse melhor, se meu corpo tivesse mais informação. O grande vilão dessa história é o medo. Aonde nasce o medo não existe espaço para outra coisa, então você fica sobre a energia do medo. Por mais que tivesse pesquisado sobre o parto normal, e desejado isso, eu tinha um pouco de medo por conta dos anos em que ouvi da família, dos médicos e até de mim, que não era capaz de ter um filho. E no hospital, em trabalho de parto, com aquelas pessoas desconhecidas, em uma sala estranha, cheia de equipamentos, a forma como a médica falou, “ou você faz a cesariana ou seu bebê morre”, me gerou mais medo. E, a única coisa que eu pensei foi em salvar meu filho. A mãe, no seu instinto materno, faz de tudo para que seu filho sobreviva, faz o que

disserem que tem que ser feito. Qualquer mãe faz isso. Se falar para você plantar de cabeça para baixo, você vai.

Quando Camila vivencia sua decisão de querer um parto normal, processos simbólico-emocionais surgem associados ao medo de não ser capaz. Entendo que nessa decisão, ela desencadeou um movimento de produção de novos sentidos subjetivos sobre si própria, pois a partir do momento que opta pelo parto normal, que lhe posicionará ativamente no parir, uma tensão é criada entre essa tentativa de autonomia e sua postura passiva frente a própria naturalização dos fenômenos patologizantes, afirmados em sua experiência de ser. E em relação à cesariana, Camila traz falas que indicam uma autculpabilização ao assumir responsabilidade pela cesárea, porém ela se protege desse sentimento e justifica esse procedimento apresentando discursos prontos, que a mantem numa zona de tranquilidade e conforto, a passividade: (2) *“a mãe, no seu instinto materno, faz de tudo para que seu filho sobreviva, faz o que disserem que tem que ser feito”*.

(3) Você quer que seu bebê nasça com saúde, porque o medo é que a criança nasça defeituosa. Aliás, esse é o pânico de toda mãe quando está gestando, que a criança tenha algum defeito, algum problema de saúde.

O meu maior medo na vida: causar danos saúde do bebê.

O medo também pode ser pensado nesses aspectos (3), pois Camila tem medo não só de ser incapaz de parir um bebê por causa de seu *“defeito”*, mas também que a sua crença de incapacidade se perpetue tanto em si como no outro, por exemplo, no seu filho, quando expressa o medo de ter um filho defeituoso ou com algum problema de saúde, ou seja, seu medo de parir um filho defeituoso se sustenta por sua crença anterior de que todo defeito significará uma incapacidade de ser, frente a aspectos diversos da vida. Percebe-se que esse

receio se intensifica quando presente em um ambiente destituído de familiaridade e afetividade para ela:

(4) Uma sala fria, com todas as pessoas desconhecidas a não ser meu marido (...) eu já estava em trabalho de parto, meu corpo estava pedindo para parir, eu estava liberando ocitocina, e de repente colocam ocitocina artificial, minhas dores aumentam porque as contrações ficam muito aceleradas (...), colocam a peridural, mas eu estava no meio de uma contração e senti dor na aplicação dessa anestesia. (...). Tiram o meu filho de mim, e ele vai direto para o meu peito por pouco tempo antes de ir para o meu marido (...). A recuperação é difícil, porque a cesariana é uma cirurgia, você sabia que nove camadas são cortadas para chegar no útero?

A estrutura da sala médica de parto é baseada numa lógica em que a abordagem tecnicista e industrial são os principais eixos contemplados na atenção à saúde, e, por isso, o parir segue um “padrão industrial” (Rattner, 2009a) de linha de produção de nascimentos por cesarianas, na qual o único objetivo é o resultado final : fazer nascer, tendo sido desconsiderada, pela institucionalização e medicalização do parto, a história de Camila, permeada de configurações subjetivas sobre a vida, sobre os fenômenos históricos e atuais dela em seus espaços sociais concretos (González Rey, 2011b) .

Após essa experiência, Camila relata que passou por uma depressão pós-parto. E conversando sobre esse momento, ela afirma:

(5) Depois disso, eu tive depressão pós- parto. Tinha que me recuperar da cirurgia e dar de mamar ao mesmo tempo. A mobilidade e autonomia de não ter 100% da autonomia para lidar com a criança, de levantar, dar de mamar. Isso faz lógica, se a médica parasse para pensar não faria isso, porque do ponto de vista cirúrgico é uma grande cirurgia de abdômen. Não é o processo natural. Então, você tá dividida tendo

que lidar com a recuperação do corpo e ainda a novidade da criança, que é uma coisa que tem que adaptar e a mulher tem que ter tempo para isso, sono, horários, enfim.

Ah... E eu desejava o parto normal, e não foi assim. Lá na hora eu não tinha domínio de nada, acho que muito em função da química utilizada para o parto que interrompe o ciclo natural da produção química do seu corpo. Foi um choque, olha: uma anestesia, o medicamento, a intervenção cirúrgica, a medicação pós- cirurgia, tudo isso vai modificar a maneira como você lida, né?

Durante a entrevista, Camila disse que dava assistência a muitos partos em Alto Paraíso, e que, para ela, este momento era visto como algo que a mulher nasceu para fazer. Assim, a meu ver, quando ela descobriu que estava grávida, pensou que iria gerar o seu filho da mesma forma que o parir estava representado em sua memória afetiva: um núcleo de mulheres, em intimidade, auxiliando a parturiente. Porém, a não concretização desses aspectos que havia idealizado para o seu próprio parto se relaciona com processos de insatisfação e tristeza de Camila. E, tal insatisfação perdura em seu pós-parto, por ter que lidar com a lembrança emocional da cesariana em seu corpo, isto é, a recuperação da cirurgia. Além disso, sua fala (5) *“lá na hora eu não tinha domínio de nada”* é um indicador para pensarmos como a sua posição passiva, a que foi induzida nos procedimentos médicos, tanto em sua posição deitada para parir quanto no uso dos medicamentos, se relaciona com o seu momento pós-parto, no qual ela relata que não ter 100% da autonomia para (5) *“lidar com a criança, levantar e dar de mamar”*. Não pretendo me prolongar nessa discussão sobre a depressão pós-parto, mas acredito ser relevante pensá-la, pois faz parte da história da participante e se relaciona com as produções subjetivas da experiência desse parto.

No seu segundo parto, a cesariana foi realizada novamente. E Camila relata, no primeiro encontro, que fez a cesariana porque o médico lhe disse que uma mãe que teve seu primeiro filho pela cesariana, tem que ter o segundo da mesma forma, porém essa fala me

pareceu um discurso desconexo de qualquer processo simbólico-emocional da participante, uma fala racional reproduzida no discurso médico. No segundo encontro, ela relata:

(6) Não queria passar por aquilo de novo, esperar alguma coisa e não acontecer. E mais que isso, como eu te disse, a mãe faz de tudo que falarem para ela fazer se for para salvar a vida de um filho.

Nessa fala, Camila chega a demonstrar o medo de vivenciar novamente aqueles momentos da cesariana que foram difíceis e dolorosos para ela, fisicamente, subjetivamente e psicologicamente. Mas, contraditoriamente, a participante demonstra o medo de lutar pelo parto normal e ser frustrada pela equipe médica e por ela mesma, que a cada tentativa sem sucesso, se culpava, legitimando a crença de sua incapacidade de gerar um filho e de parir. Assim, a tensão entre esses dois momentos faz com que ela sinta que o parto está fora do seu campo de atuação, se sentindo passiva no espaço hospitalar, e mais que isso, passiva quanto a ela mesma, quando pensa ser incapaz. Assim, suas próprias crenças em relação a si a paralisam.

Legitimação do singular no parir

O terceiro parto da Camila foi nos EUA. Ela e sua família estavam morando lá quando ela descobriu que estava grávida. Seu marido teve que passar por uma cirurgia, e, ela disse:

(7) Fiquei vendo aquela sala enorme, cheia de médicos, e muitos equipamentos. Lá a relação médico- paciente é muito fria, quase mecânica e, como lá, a grávida não tem direito a um acompanhante para o parto, meu filho não podia nascer lá, eu não ia me submeter aquilo de novo, ainda mais em um lugar desconhecido. Tinha certeza que se eu entrasse no hospital, eu não teria outra opção senão a cesariana, lá as regras são deles. Daí, fazendo yoga, eu conheci uma parteira que tinha o grupo de gestantes e

acompanhantes. Comecei a ir pros encontros com meu marido, que eram aulas práticas mesmo, eu tive que assinar até um contrato me comprometendo a comparecer. Lá eu aprendi sobre a preparação do parto, como fazer massagem vaginal para alongar os tecidos pra passagem do bebê e como reconhecer a cor do líquido amniótico quando a bolsa estourar. Tinha vários tipos de mulheres também, com diversas experiências, duas delas tinham feito primeiro cesariana e depois o parto natural. E isso me deu muita segurança, pro meu marido também. Era ele que fazia as massagens em mim. Isso até uniu mais a gente, porque ele tinha um papel, se sentia útil.

Quando sua bolsa estourou, ela foi para a casa de parto e ficou em um quarto com a parteira e o marido:

(8) Era um lugar muito confortável, ficamos em um quarto, que tinha cama, banheira e banheiro. Meu marido levou um som com músicas que eu gosto, eu fiquei relaxada, tomei um banho, e meu filho nasceu (...) foi uma experiência única. Nasceu e foi direto para o meu seio, dormimos na cama, eu, meu filho e meu marido. E depois de três horas pude ir para casa andando, e não precisei me recuperar de uma cirurgia como a cesariana.

Percebe-se que um fator impulsionador para Camila optar pelo parto normal, em sua terceira gravidez, além de sua escolha por não se submeter novamente a procedimentos que ela não concorda, foi estar em um país desconhecido, onde ela ainda estava desenvolvendo sua identidade nesse novo contexto, isto é, estava no início de um envolvimento emocional com os novos espaços sociais desse país. Penso, assim, que o sentimento de abandono, que ela teve nas salas de parto no hospital, se estende da estrutura hospitalar para o país que ainda lhe era desconhecido.

O meu lugar no mundo é revelar a verdade com amor, alegria e gentileza.

9) Aí (referente ao complemento acima) eu botei uma coisa bem filosófica. Eu acho que a gente sempre pensa o que a gente vai fazer, mas eu sempre acho que a gente devia ficar pensando como a gente vai fazer, porque vai ter lugar para todo mundo no mundo, o mundo precisa de todo mundo. Jardineiro, educador, médico, psicólogo, padre. Então, o importante não é o que você faz, mas sim a maneira como você realiza. Eu imagino que na minha vida, para eu realizar qualquer coisa bem feita, eu preciso estar alegre, isso é uma coisa que eu descobri: Que não tem dinheiro e poder que compre poder fazer o que você faz com satisfação e alegria. Assim, eu penso que na pior das hipóteses, se eu tiver que trabalhar para comer, que é a grande realidade, que pelo menos fosse fazendo alguma coisa que eu goste mais do que de outra, se for carregar piano, vai ser muito melhor que pintar uma parede, por exemplo. E, no seu parto você buscou isso? (Minha pergunta). Busquei profundamente, eu queria viver a experiência como todas as outras mulheres, e, realmente parece que você se unifica com as outras mulheres do mundo, por isso que é uma energia muito poderosa.

Assim, a busca pelo parto normal, além de ser impulsionada pelo fato de estar em um país ainda desconhecido, é sustentada pela urgência em fazer-se sujeito no seu processo de escolha e no enfrentamento da ideia de incapacidade de seu corpo e, como dito por ela (9), pela busca de fazer o que gosta e o que condiz com o que ela é. Essa urgência em fazer-se sujeito é evidenciada em sua postura mais ativa na busca por uma parteira, nos vínculos estabelecidos com o grupo frequentado, no interesse em aprender sobre os procedimentos do parto normal e na realização do parto de maneira coerente com a forma que ela se percebe (7 e 8). Além disso, o grupo colaborou para encorajá-la a abordar o nascimento de uma forma diferente, pois esse grupo, no processo de conscientização das mulheres sobre as mudanças fisiológicas na gestação e no parto e no processo de abertura para o diálogo entre diferentes

mulheres gestantes, permitiu que se iniciasse um processo de subjetivação capaz de gerar novos sentidos subjetivos frente aos iniciais, que emergiram na descoberta de uma gravidez ou nas experiências negativas quanto ao parto. Assim, essa troca de pensamentos, sentimentos, experiências, desejos, idealizações entre as mulheres foram elementos facilitadores para a participante gerar novos sentidos subjetivos sobre sua gestação e o parto:

(10) Tudo mudou com essa experiência, as minhas experiências negativas foram anuladas. Eu não tinha doença nenhuma nesse dia, meu filho não era doente, foi tudo perfeito, eu nasci para parir.

Quando Camila descobre sua quarta gravidez, ela tinha voltado para o Brasil e havia compartilhado com seu marido a possibilidade de ter um filho em casa. Quando a bolsa estourou, outra parteira se dirigiu para a casa deles.

(11) Eu estava na banheira, e senti que meu filho era grande demais para nascer, se eu ficasse deitada ele não ia. Daí, eu disse para a parteira: “ele não vai nascer deitado, é grande demais”. E, ela me perguntou: “como você acha que pode?”. “Ele vai nascer comigo em pé”. Ela ficou desesperada, falou que nunca tinha feito isso (risos da participante). E, eu disse que então ia ser a primeira vez dela e minha. Ela veio para a minha frente e eu disse “não, quem vai ficar na minha frente é o meu marido, a senhora fica atrás”. Você entende? Eu tenho o poder. Apoiei os braços no meu marido (ela demonstra em mim), e ele fez força para baixo na minha barriga para o bebê descer. E ele nasceu (risos da participante).

Se pararmos para pensar, a fala sobre seu terceiro parto (10) “*Eu não tinha doença nenhuma nesse dia, meu filho não era doente, foi tudo perfeito, eu nasci para parir*” permite que percebamos como esse parto foi o momento de desmistificação do seu corpo como doente. E, no quarto parto (11), Camila reconhece seu papel de protagonista no parir, quando

escolhe, de forma autônoma e ativa, sua posição no parto. Percebe-se que nesse momento, por mais que a parteira tenha se surpreendido com a escolha da Camila, ela dá voz e a legitima ao perguntar (11) *“como você acha que pode ser?”*. O foco, então, no quarto parto, está além da preocupação em não seguir procedimentos convencionais, que consistem em manter a mulher deitada, medicalizada e sem autonomia sobre seus processos corporais, pois o que se desdobra dessa experiência é a qualidade da relação estabelecida entre Camila e a parteira, baseada num diálogo horizontal, que acolheu as vontades da participante, priorizando suas escolhas no parto. Nesta ocasião, o espaço relacional entre elas permitiu a consolidação de uma condição afetiva propícia para que Camila se sentisse à vontade em expressar a forma como preferia parir e para iniciar um processo de subjetivação diferenciado, capaz de gerar novos sentidos subjetivos, que aparecem ao expressar: (11) *“eu tenho o poder”*. Com isso, no último parto, a parteira não estava presente para guiá-lo anatomicamente, mas sim para dar suporte emocional e impulsionador de uma ação guiada primordialmente por Camila e seu marido, (11) *“ela veio para a minha frente e eu disse “não, quem vai ficar na minha frente é o meu marido, a senhora fica atrás”. Você entende? Eu tenho o poder”*.

A idealização pelo parto normal

Além da relação entre as configurações subjetivas de Camila e a subjetividade social dominante no saber médico, configurada em um modelo patológico e medicalizado, considero relevante falarmos sobre as normas que Camila produziu nela mesma. Afinal as experiências de Camila não são apenas orientadas frente a espaços macrosociais, mas também por aspectos subjetivos dos espaços sociais mais próximos ao mundo vivido por ela e por seus aspectos subjetivos individuais.

No complemento de frase, Camila nos relata:

Meu primeiro parto: expectativa e frustração

Quando estávamos conversando sobre o respectivo complemento de frase, ela disse:

(12) Eu tinha uma ideia pré-concebida de que eu ia fazer um parto natural, então eu meio que fantasiei nessa história. Então, eu criei expectativa demais de como eu queria que fosse esse parto. Medo, né? Frustração. “Ah eu sou incompetente, ah eu não dei conta”, tudo isso junto. A frustração é que eu não tinha domínio de nada e a história ter sido completamente diferente do que eu tinha imaginado.

Camila traz que sempre foi “*natureba*”, vegetariana, e que por isso o parto normal, segundo ela, condiz com sua personalidade. Podemos pensar como as idealizações que ela construiu sobre o que é certo e errado para si, lhe pesaram ao lidar com momentos que fugiram de seu controle, como o parto hospitalar. Isto é, tais idealizações se configuraram como uma autocobrança, a ponto de gerar nela, na medida em que não foram cumpridas tais especificações, sentimento de culpa e fracasso, reafirmando para si sua crença de incapacidade.

Ser mãe: maior experiência da vida de uma mulher.

Sobre esse complemento de frase, Camila disse:

(13) Para mim é a experiência mais importante da vida de uma mulher. Pra mim, eu não entendo esse discurso de uma mulher não passar por isso por opção. Colocar qualquer coisa na frente, sei lá, medo de criar, dinheiro, sei lá.

Assim, percebo que a participante, ao mesmo tempo em que guarda grande estima em relação ao parto normal, que, pela forma como foi conduzido, se configurou com um espaço

relacional gerador de novos sentidos subjetivos sobre concepções dela própria e de suas relações sociais próximas, contraditoriamente, impõe, sob forma de expectativa, que as outras pessoas e a sociedade como um todo sigam as mesmas normas que ela estipulou para si. Esse processo de imposição ocorre devido à naturalização de fenômenos humanos, pois quando a representação do parto humanizado como modelo ideal passa a ser naturalizada na subjetividade individual de Camila, ela assume uma postura normatizadora que exclui as diversas necessidades e concepções singulares dos outros sujeitos sobre o parto, inclusive desconsidera a possibilidade do não desejo ser mãe, (13) “*eu não entendo esse discurso de uma mulher não passar por isso por opção. Colocar qualquer coisa na frente, sei lá, medo de criar, dinheiro, sei lá*”.

Eu preferiria que as mulheres e os seres humanos fossem mais conscientes.

Conversando sobre essa frase, ela disse:

(15)“Mais consciente de tudo! Do seu papel no mundo, de si mesma, do seu sentimento. Parar de ficar entregando a vida, a saúde, a cura, a salvação na mão do outro. A maneira como a gente encara saúde-doença tá totalmente errada, totalmente errada. A gente vai psicossomatizando, criando doenças. Quando uma doença acontece a gente não encara ela como algo positivo, encara como algo ruim, negativo em vez de encarar como uma necessidade de transformação, porque a doença nada mais é do que sua cabeça pedindo para mudar alguma coisa. Não tem jeito, qualquer doença, em qualquer pessoa. Se a gente visse isso dessa forma, a gente não lidaria com a doença como algo ruim”.

Camila traz nessa fala que a doença surge da perda da capacidade de ser sujeito, a perda da consciência, a entrega da vida na mão do outro. Assim podemos pensar como a

cesariana, na qual ela afirma: (5) “*eu não tinha o domínio de nada*”, se relaciona com sua definição de doença. Ou seja, ela estabelece uma relação direta entre suas cesarianas e doença, marcando na sua história um lugar de frustração, ainda presente, em relação a essas vivências. Porque tal frustração vem por sentir que sua doença foi fruto de um momento seu de inconsciência.

Esperaram que eu me comportasse como a maioria das mulheres sempre.

(16) Sempre! Em todos os sentidos. Essa sociedade, no âmbito familiar, né? Meu marido e minha família próxima eu sabia que não, mas meus pais diziam “pra que isso?” (Ela se refere à escolha do parto normal). Minha mãe teve seis filhos, todos naturais, e ela sempre transmitiu o parto como uma coisa dolorida e negativa. Eu imagino que ela deva ter tido partos difíceis, ou com pouco apoio. Naquela época era diferente, né? Meu pai não tava junto. Então assim, ela não teve uma experiência tão alegre, então ela não me transmitiu uma coisa boa e segura que eu transmitiria para minha filha, “vamos lá”!

A mãe de Camila traz representações sobre o parto de acordo com suas configurações subjetivas de suas experiências, transmitindo para os filhos esse momento como dolorido, difícil. Com isso, penso que mesmo Camila tendo crescido num ambiente familiar em que o parto era transmitido como uma experiência difícil e até negativa, a escolha dela pelo parto normal foi também uma forma de buscar sua autonomia frente à crença, presente nela e na sua família, de ser incapaz de gerar filhos; uma forma de mostrar para si e para os outros que é capaz de ter uma escolha própria, mesmo que contrária ao que foi transmitido e esperado dela.

A posição dela, contrária ao que lhe foi transmitido por sua mãe, é a expressão de uma configuração subjetiva, em que outras expressões dos seus pais também foram contrariadas, ao longo de sua vida. Sobre os seus pais, a participante comenta:

(17) Eu tenho um relacionamento muito bom com os dois, embora meu pai tenha sido um cara machista, era outra geração e o tipo criação que a gente tinha naquela época era outra. Os valores eram mais estritos e as condutas exigidas mais rígidas. E, eu era a que gritava, não era conformada, eu respondia, eu modificava os limites, porque não era que tinha limites rígidos para determinadas coisas, como sair e tals. Eu nem tinha tantos limites, mas a minha família não aceitava absolutamente que ninguém fumasse, era um crime. E, óbvio que eu fumei. Eu quebrei muita regra. A minha maneira de me relacionar com a minha família era quebrando regra atrás de regra. Era botar regra e lá vinha eu e era um conflito. Os partos normais foram as últimas regras que eu quebrei (risos), porque quando eu fui dar a luz, todas as minhas irmãs com filhos tinham tido o mesmo tipo de parto, o parto cesáreo, todas! Então, também foi uma maneira de quebrar regras. Porque só eu, na família de todos os descendentes da minha mãe, tive a experiência de parto normal. Então, você imagina de 15 netos só 2 nasceram de parto normal.

Camila traz nessa fala essa configuração subjetiva em relação ao convívio com seus pais, na qual a quebra das regras, ditadas por eles, era uma forma dela se posicionar como sujeito de escolha. Essa postura de ir contra a subjetividade dominante de sua família se estendeu à escolha do tipo de parto que desejava para si mesma, o parto normal; outra forma de quebrar com o fluxo subjetivo permeado em sua família, da cesárea como a opção mais segura. Porém, percebe-se que ir contra os costumes e regras de seu sistema familiar, por mais que seja visto por ela como uma forma de facilitar seu posicionamento como sujeito de

escolha, também é sentido por ela como uma escolha que não lhe proporcionaria amparo afetivo da família, mas sim críticas contrárias a suas escolhas:

(18) Quando eu tentei fazer o primeiro parto normal aqui em Brasília e não deu certo, não teve conflito porque eu não fui bem sucedida na experiência, ao contrário, eu reforcei que a forma deles de fazer era a certa. E, talvez até deva ter uma relação, não tô dizendo que tem obviamente, mas deve ter uma ligação psicológica do fato de eu ter tido o meu primeiro parto normal longe do Brasil. Porque se eu tivesse aqui, as pessoas iam falar com certeza: “você tá louca, você corre risco. Você já teve dois partos, já teve uma doença, nasceu com dois úteros”. Então, eu com certeza não teria nenhum apoio pra fazer esse parto normal, pelo contrário, eu teria todo o apoio pra fazer o contrário. E, foi bom, foi uma capacidade de me afirmar, eu não tive a interferência negativa. Você pode até não ter afirmação positiva, uma coisa é não ter o apoio, a outra é ter uma afirmação negativa. Pelo menos eu não tive isso né? Isso já é uma vantagem.

Nessa fala, Camila expõe o que imagina que receberia de sua família caso tivessem ciência de sua escolha pelo parto normal: críticas contrárias a essa escolha. E, para ela, a possibilidade de receber tais críticas é um fator que poderia ter sido desencorajador frente tal escolha, pois ela visualiza tais críticas não apenas como contrárias ao parto normal, mas também como reforço à sua crença de incapacidade: (18) “*você tá louca, você corre risco. Você já teve dois partos, já teve uma doença, nasceu com dois úteros*”. Por isso, apesar de não ter recebido o que considera positivo, o apoio afetivo de sua família durante o parto, ela já considera um alívio não ter recebido a interferências de tais críticas, que ela mesma já legitimou em alguns momentos de sua vida.

Dessa maneira, a idealização de Camila pelo parto normal se relaciona com diferentes e muitas vezes contraditórios sentidos subjetivos, pois não há uma uniformização de sentidos subjetivos sobre um mesmo fenômeno, visto que ele pode adquirir diferentes sentidos através das diversas produções dos sujeitos sobre suas experiências. Da mesma forma que o parto normal se configura como uma autocobrança para Camila, devido à representação naturalizada que ele adquire como um pré-requisito de ser, ele também possibilitou, em suas produções, nos dois últimos partos, que emergissem novos sentidos subjetivos frente à visão dominante dela como incapaz e doente, se expressando, apesar de toda idealização, como uma forma de superar sua crença de incapacidade.

A emersão de novos sentidos subjetivos

Até aqui, a construção da informação sobre a participante foi elaborada a partir dos encontros que tivemos durante uma disciplina componente da graduação, realizada no ano de 2014. No atual semestre pude reencontrar com ela para dar continuidade ao desenvolvimento teórico sobre o tema de pesquisa. E, com os novos encontros, vivenciei o que teoricamente eu já tinha me apropriado: a não estaticidade do ser humano, ou seja, as configurações subjetivas, que caracterizam o sujeito e que se compõem mediante sentidos subjetivos, emergem da constante relação do sujeito com seu mundo social e simbólico; mundos dinâmicos e fluídos pelos diversos acontecimentos e experiências de vida que marcam e modificam a vida da pessoa devido aos sentidos subjetivos que emergem na vivência desses acontecimentos e experiências.

Sobre isso, em um dos diálogos que estabelecemos sobre seus partos, Camila traz uma fala que retrata como os processos simbólico-emocionais de suas práticas, ideias e reflexões se modificam no tempo devido à dinâmica relação estabelecida entre suas produções subjetivas individuais, as produções subjetivas sociais e produções culturais:

(17) (...) eu fui me tornando mais consciente de que aquilo que eu imaginava era de fato real. Eu mergulhei na experiência, entende? Cada vez mais. Me senti cada vez mais entregue nessa experiência, sabe? É entrega, é tudo: o processo, a gestação e aí o momento do parto é só uma consequência final. Mas, é um processo, entende? Da outra vez a gente falou sobre o parto em si, né? Muito no foco no parto. E hoje, eu já estou com uma percepção muito mais ampla, porque o parto, o momento final, ele é uma consequência. Você morre como vive, você vive como respira, você vive como acredita.

Quando suas experiências de parto voltam a aparecer em suas configurações subjetivas atuais através de uma nova representação, *a entrega à experiência*, Camila elabora simbólico-emocionalmente essa entrega vivenciada a cada parto e passa a percebê-lo como um momento final de uma entrega que se compõe num processo de vida. Essa percepção ampliada da participante possibilita a ela falar sobre seus aspectos de vida que ainda não tinham sido expostos, como suas gestações, e possibilita a emergência de novos sentidos subjetivos sobre a representação que tem de si e de sua vida:

(18) O parto é um processo, você não é uma coisa dissociada, do mesmo jeito que você não é um corpo dissociado de células, de sensações. Como vida é um contínuo, a gestação é um aspecto da sua existência, de como você se vê como indivíduo, como mulher, como ser social, como filha, enfim como tudo. E a gestação em si é uma relação contínua do seu processo da relação sexual daquele momento, como você carrega com afeto uma coisa que é desprovida de afeto? Como você carrega com afeto uma coisa que é gerada com violência? Como se apaga isso: Como você vai lá e fala vou ter um parto maravilhoso, tendo tido uma gestação cruel? Você pode, aí estamos falando de questões biológicas, ter biologicamente mais facilidade de ir lá e ter um

parto tal, mas isso não quer dizer que sua experiência do parto tenha sido uma experiência mais humana ou melhor.

Percebe-se esse movimento de Camila em articular os diferentes aspectos de sua vida para significar simbólico-emocionalmente um fenômeno, como o parto. Mas, vale ressaltar que esse movimento de integração dos contextos atuais e históricos de sua vida não ocorrem apenas como produção subjetiva da experiência do parto, pois também faz parte da forma como ela busca constituir subjetivamente a si mesma e a sua vida social. Quando ela afirma (18) “*é um processo, você não é dissociada*” ela destaca sua autopercepção enquanto pessoa que se faz presente através de seus múltiplos papéis desempenhados em sua vida, (18) *como “mulher, como ser social, como filha”*, indicando que ela se identifica sendo composta pela unicidade e dinamicidade desses papéis que exerce sua vida individual, social e familiar.

A subjetividade se desenvolve a partir da relação dialética estabelecida entre os aspectos subjetivos individuais e sociais. Assim, a forma como Camila percebe e representa a si mesma está associada a forma como ela vivencia e representa o seu mundo subjetivo social. Nesse sentido, para ela, o caráter processual é um fator que se dá em ambos os aspectos da vida. Ela se percebe em processualidade pela sua atuação em seus diferentes papéis, ao mesmo tempo que percebe os fenômenos da vida integrados em um (18) “*contínuo*”. Logo, a emergência de uma nova condição subjetiva frente aos aspectos da vida de Camila é possível na medida em que uma nova experiência toma sentido subjetivo a partir dos efeitos que a participante produz ao vivenciar tal experiência. Desta forma, a ideia que ela traz sobre integralidade e processualidade dos elementos de sua vida se compõe a partir do momento em que vivencia simbólico-emocionalmente suas experiências. É possível compreender isso quando Camila relata sobre suas gestações:

(19) Não só me envolvi emocionalmente, como eu tenho certeza absoluta que se você tiver conectada, consciente, inteira, integra você entende qual é o ser que você tá carregando. Essa é uma experiência para mãe também. Entendeu? Ao mesmo tempo que você tem a responsabilidade de ser agente consciente do processo, você também está recebendo um agente consciente, é um ser! E, ele tem estruturas. É incrível, por exemplo: Uma experiência muito interessante que eu percebi nas 4 gestações: que bastava eu me conectar com aquele momento, deixar acontecer e eu modificava, eu era uma pessoa diferente em cada uma delas. Por exemplo: na minha primeira gravidez eu tinha certeza: eu vi, eu sonhei que era um menino, era loiro. Então, eu tinha certeza de como ele era intenso.... Não era uma coisa minha, tanto que essas coisas depois foram se confirmando nas personalidades deles, eu vou olhando pra eles e lembrando de cada gestação e falo: gente, tava lá como se fosse um livro.

Interessante é que as experiências de gestações de Camila são passadas, mas, devido ao “caráter processual da psique humana” (González Rey, 2011b, p.61), elas fazem parte da configuração subjetiva atual da participante pelos novos sentidos subjetivos que emergem dessas experiências. Elas carregam essa expressão subjetiva do sujeito e por isso, independentemente do tempo de ocorrência, se combinam em sua configuração subjetiva atual. Quando Camila expressa (19) “*eu vou olhando pra eles e lembrando de cada gestação e falo: gente, tava lá como se fosse um livro*” aparece essa interação, entre uma vivência presente e uma passada, que toma sentido subjetivo na configuração atual da participante: olhar para as personalidades de seus filhos no hoje e se surpreender ao perceber os aspectos dessas personalidades presentes em suas gestações.

(20) Na minha segunda filha, por exemplo: Eu sou uma pessoa que nunca gostei de rosa, de flor, eu não tenho essa personalidade tão romântica, tão detalhista, tão perfeccionista e minuciosa e super feminina, eu não sou assim. Aí eu gravei e não

sabia ainda que era uma menina, não tinha feito ainda o teste, mas de repente me veio uma coisa com rosa e eu queria tudo tão lindo e eu fiquei numa coisa estética e eu queria ficar tão linda, e aí eu falei: é uma mulher com uma personalidade assim muito delicada, muito suave, muito feminina, harmonicamente voltada para o mundo da estética. E ela é assim. E a gravidez inteira eu vivi aquilo plenamente: eu encarei a flor, a parede rosa, o exercício físico, foi uma gravidez completamente diferente das outras.

A flor, a cor rosa, a estética são aspectos vivenciados por Camila durante sua segunda gravidez que diferem da forma como ela própria se percebe como mulher. E, a vivência desses novos aspectos foram compreendidos por ela quando percebidos no processo identitário de sua filha. A associação entre os fenômenos experienciados por Camila, durante as gestações, e a personalidade atual de seus filhos é um elemento diferenciado que surge em sua produção subjetiva quando ela representa seus filhos enquanto fetos já conscientes: (19) *“Ao mesmo tempo que você tem a responsabilidade de ser agente consciente do processo, ao mesmo tempo você está recebendo um agente consciente, é um ser”*.

(21) Assim, eu acho que é uma coisa maravilhosa, que me emociona profundamente, porque mãe...a gente é um veículo, a gente tá ali pra instruir, pra ajuda, pra criar condições, o ser já vem pleno, o ser já vem pronto. Você não tem que fazer mais nada. Entendeu? Então assim, a gente aprende com o processo da maternidade, cada pessoa que você convive é um aprendizado.

Assim, perceber seus filhos enquanto fetos já dotados de personalidade e, por isso, seres completos e plenos, é uma vivência de Camila que permite a emersão de novos sentidos subjetivos em relação ao seu medo (1) de causar danos à saúde do bebê. A expressão que (21) o ser já vem pronto e a mãe não precisa fazer nada além de instruir, criar condições e ser um

veículo é uma forma de abrandar seu medo de ser responsável pelo defeito do outro. E, sua percepção de filhos como seres já completos e plenos insere um outro elemento diferencial em sua produção subjetiva: a possibilidade do estabelecimento de relação com seus filhos.

Quando eu perguntei como está configurada sua relação com seus filhos, ela me respondeu:

(22) É real. Ah, a palavra que eu estava procurando é VIS-CE-RAL, é isso! Porque na hora que você perguntou eu lembrei, nossa, aquela divina humanidade, sou eu sentada como uma mãe sabedoria? Não! Eu tenho consciência do meu papel, mas é visceral, é verdadeiro. Erro pra caramba. Eu sei que tenho a responsabilidade de guiar, de orientar, de dar suporte e de proteger nos diferentes estágios da vida, mas é uma relação, você erra, você volta atrás, pede desculpas, começa de novo. Não vem com manual. Você está aprendendo ali no momento.

Camila traz a primazia da relacionalidade no seu papel como mãe: ela como um sujeito que tem a responsabilidade de ser um agente consciente no processo de instruir, guiar e orientar, mas que também recebe outro agente consciente com os mesmos potenciais de guiar, orientar e instruir. Esse elemento de corresponsabilidade permite a emergência de novos sentidos subjetivos ligados a vivências de encorajamento que possibilitam a Camila lidar com seus sentimentos frustração quanto aos seus erros pela validação da relação como um espaço contínuo de aprendizagem, que admite a interação entre o erro e o recomeço.

(23) (...) eu já tinha um relacionamento amoroso, de afeto. Pode ser que esse discurso fique muito moralista e aí não tem nada de moralismo no fato de independente de quantas relações sexuais ou de quão diferente...não importa isso...importa que na geração da vida aquilo é um processo duplo, você não fez aquilo sozinha, já começa daí, não existe gravidez sem esperma, não existe mulher sem o homem. Você precisa se relacionar. Então a palavra relacionamento é tudo, é chave. Porque se você tem um

relacionamento de qualidade nesse momento, o que vai vir depois dele é uma continuação dessa qualidade de afeto. E aí todo esse processo muda, porque você se sente aceita, amparada, amada, querida. E aí o feto é uma transmissão energética, fluída, de emoção, que está acontecendo no plano físico, hormonal, orgânico, vital e está acontecendo num plano energético, emocional, espiritual, intelectual, mental (...).

Nessa fala (23), percebe-se a integração que Camila faz entre os momentos de sua vida. Integração que assume como pedra angular a relacionalidade afetiva com o outro. A afetividade, para Camila, é o elemento que atribui qualidade ao processo de se relacionar, proporciona sentimentos de valorização e cuidado e participa da constituição da pessoa como um ser (21) *pleno, pronto e consciente*. Desta forma, a responsabilidade que ela coloca em si mesma, em relação a formação de seus filhos, é a de ser a transmissora desse afeto para que se forme um ser constituído não apenas como corpo biológico, mas também como um ser consciente de sua espiritualidade, intelectualidade e emocionalidade.

Sobre suas experiências das gestações, Camila relata:

(24) É por isso que ela é divina, porque ela é um canal, do mesmo jeito que existe uma conexão entre a gente e algo superior, que pode ser Deus, Buda... não importa o nome, mas existe uma inteligência superior planetária ou o seu próprio ser superior numa dimensão mais cósmica... Você tá fazendo o papel para aquela criança naquele momento. É você que está sendo aquele canal, ela tá vivendo, sentindo, cheirando e comendo através de você. Ela tá aqui passiva e você que é o mediador, o canal intermediário, por isso que é necessário das mães e de todo mundo um nível de consciência para o que está acontecendo verdadeiramente na gravidez, que a gente negligencia: você pode fumar, você pode beber, pode se drogar, pode comer o que quiser!?...Não! Cara, eu estou sendo um canal de energia. E isso não é um discurso

religioso, moral. Cara, põe a consciência, não estou falando que você tem que ser parceiro, estou falando que você tem que ter afeto, consciência, integridade.

Entendeu? É outra coisa. Penso que essa é a função. Esse é o começo e esse começo é determinante (risos da participante).

Para Camila, sua responsabilidade como mãe é de ser um canal consciente em sua função de receber um filho com a potencialidade de ser pleno, porém para a concretização dessa característica, a participante percebe que é necessário que o outro seja suprido por ela em suas necessidades fisiológicas e afetivas, de forma consciente. Essa responsabilidade pode ser um indicador de dever, já que para Camila é necessário ela manter-se íntegra e plena para poder constituir um ser com essas mesmas características. Assim, ao mesmo tempo que a participante fala que (21) “*o ser já vem pleno, ser já vem pronto. Você não tem que fazer mais nada*”, ela insere sua postura como determinante para a constituição desse ser como consciente e pleno. O dever de ser plena e íntegra na constituição do outro é um indicador de sentidos subjetivos relacionados ao receio que ela tem de ser responsável pelos (1) danos e defeitos do outro. Assumir sua postura de plenitude, integridade e consciência como determinante e prioritária também é um elemento que indica o medo dela se deparar com suas próprias incongruências e com sua crença de “*incapacidade*”. Essa idealização de integridade e plenitude é representada em sua configuração subjetiva individual não apenas por sentidos subjetivos que emergem das produções subjetivas na relação com ela mesma, mas também por sentidos subjetivos que emergem dos efeitos produzidos pela participante no seu mundo social:

(25) Porque se eu tivesse uma gestação fruto de um estupro violento, indesejado, claro que abandonaria a criança. Com que condições você vai gerar uma criança, como você pode exigir isso? Entende que a coisa é lá atrás?! Se a pessoa teve um filho gerado de um não amor, de uma relação de violência, de imposição, de estupro, de

dominação, como que você vai dar o que você não tem para dar? Não tem como! Doa para alguém, tem muita gente querendo ter essa relação de afeto.

Nessa fala (25) aparece esse elemento da idealização, que se configura como cobrança sobre outras situações do seu mundo social. Para Camila, as outras mães precisam estabelecer uma relação de afeto com o filho, caso contrário serão incapazes de exercer sua função materna. Porém, ela traz (25) um elemento para romper (13) com sua própria incompreensão em relação a mulheres que optam por não terem filhos: a percepção do parto como um fenômeno interligado com outras áreas da vida de uma mulher, pois, na medida em que Camila vai relacionando o parto com a vivência da experiência da gestação e com as relações amorosas envolvidas, ela começa a compreender simbólico-emocionalmente a possibilidade de uma mulher, por exemplo, doar seu filho: (18) *“E a gestação em si é uma relação continua do seu processo da relação sexual daquele momento, como você carrega com afeto uma coisa que é desprovida de afeto? Como você carrega com afeto uma coisa que é gerada com violência?”*. A participante consegue se colocar no lugar de uma mulher que sofreria uma vivência de estupro e afirmar que abandonaria seu filho nessa situação: (25) *“Porque se eu tivesse uma gestação fruto de um estupro violento, indesejado, claro que abandonaria a criança”*. Evidente que essa afirmação é permeada de sentidos subjetivos que dizem respeito a suas próprias produções subjetivas sobre sua própria vida, já que para ela a falta de consciência e afetividade significaria sua incapacidade frente a si mesma e ao outro.

No questionário, uma das perguntas era se ela se considera sempre uma boa mãe e sua resposta escrita foi:

Eu não compartilho do conceito de adjetivar e qualificar “boa ou má” mãe, na medida que eu ser mãe é uma extensão do ser, consciente ou não, no exercício de se doar na relação do outro.

No comentário sobre essa resposta, Camila disse:

(26) Eu respondi logo, na lata, que eu não acredito nisso. Eu não compartilho do conceito de adjetivar e qualificar mãe, boa ou má. Na medida em que ser mãe é ter noção do seu ser consciente ou não. Você é boa e má o dia inteiro? Como é que você vai definir isso? (...) Má pra mim é no sentido de não estar consciente, de não estar presente, de não querer se relacionar. E, não tem critério nenhum de boa ou má mãe, porque a única coisa que você tem de palpável é a própria relação que vai se construindo em si, é o que você deixa ali, é o afeto, é a emoção. Eu não sou uma mãe magnífica, eu brinco com meus filhos: ah quando você fizer 20 anos, eu vou te dar a carteirinha de passaporte pro terapeuta, porque eu tenho consciência que, obviamente, para aprendizagem, eu devo ter gerado infinitos traumas, com certeza dei um tapa na hora errada, falei uma merda, invalidei a pessoa. Assim tem uma coisa que eu ando pensando que é a desconstrução dessa história do papel. Porque, por exemplo, você pega uma mãe nova, e ela acha que bom é o menino comer tudo, é o menino ser educado, é o menino sentar bonitinho. Então tem toda uma validação do que você faz, que é construída a partir do parâmetro exterior, social... e quem disse que isso mede ser humano? Eu prefiro o menino sujo na roça catando grama do que um limpinho apanhando pra ficar sentado reto. (...). Então, eu sou uma mãe que por esse parâmetro é péssima.

Ao mesmo tempo que o dever pela consciência, plenitude e integridade na constituição do outro é indicador do receio de Camila de causar dano ao outro, caso ela se depare com suas próprias incongruências em relação a tais características, esse dever também é indicador de sentidos subjetivos associados a vivências de empoderamento frente a sua crença de incapacidade: é no estabelecimento da relacionalidade num processo constante de aprendizagem que Camila admite suas incongruências como ser humano: (26) “*Eu não sou*

uma mãe magnífica”. Assim, a relação que a participante estabelece consigo mesma e com os outros por meio da consciência e afetividade, em detrimento de demandas sociais, são os parâmetros legitimados por ela como prioritários para validá-la como sujeito individual atuante, inserido nos espaços da subjetividade social.

Numa das conversações sobre suas gestações, Camila afirma:

(27) Eu me acolhi....tem muito isso também, né? Porque tem toda uma relação física, a mulher enjoa, a mulher passa mal, a mulher fica fraca...cada uma com uma característica, e aí tem uma coisa da estética, né? Que as mulheres se acham feias quando tão grávidas, o formato do corpo. Eu me achei linda, eu me achei maravilhosa. Eu me achei linda, eu me curti mesmo quando estava enjoando. Então, primeiro eu me reverenciei, eu interiorizei essa experiência de uma maneira que para mim foi uma coisa bonita. E, óbvio que eu tive suporte também e eu acho que isso conta muito, né? Quando você fala desse ponto de vista social, porque a gravidez tem uma série de relações anteriores, né? Emocionais, a própria energia da sexualidade, é tudo muito complexo que chega na gravidez. Nós estamos falando de tudo, nós estamos falando de aceitação do corpo, nós estamos falando de sexualidade, de afeto, de expressão da emoção, de aceitação, ou de punição, de empoderamento, de acasalamento.

Camila traz nessa fala (27) dois níveis, que se comunicam entre si: um é o aspecto constituído a nível da subjetividade individual, em que ela acolhe a si mesma durante suas gravidezes, se achando “*linda*” e se “*curtindo*”; e outro é a relacionalidade constituída a nível da subjetividade social: os sentidos subjetivos que emergem dos efeitos da produção da participante em seus vínculos sociais influenciam a forma como ela vivencia subjetivamente suas gravidezes. Esses dois níveis se constituem simultaneamente, isto é, os sentidos subjetivos que emergem através das produções de Camila na experiência relacional que

estabelece com os espaços sociais influenciam e são influenciados pelos aspectos singulares dos sentidos subjetivos de sua subjetividade individual; e o tensionamento entre esses dois níveis relacionais passam a fazer parte da configuração subjetiva individual da participante por diversos sentidos subjetivos. Desta forma, suas experiências vivenciadas nas gestações tomam sentido subjetivo através do diálogo entre essas experiências, a configuração subjetiva individual de Camila e os elementos subjetivos de seus espaços sociais.

Assim, Camila passa a perceber os fenômenos através de um processo de relações estabelecidas com ela mesma e com o seu espaço social e familiar. Essa percepção permite que emerjam novos sentidos subjetivos sobre a concepção de humanização que valida em suas próprias experiências de parto. Em umas das perguntas do questionário, se ela considera que seus partos foram humanizados, ela responde de forma escrita:

Tive experiências humanizadas, em diferentes estágios. Para estar humanizado é preciso estar em contato com a plenitude do humano em sua totalidade e integridade, em todo o processo.

No diálogo estabelecido sobre essa resposta, Camila fala:

(28) Eu acho que foram (enquanto falava sobre todos seus partos). Porque humanizado para mim supõe isso, né? Do seu envolvimento inteiro enquanto ser, mas também do envolvimento de todo mundo que também está participando daquele processo. Porque também existe um limite muito tênue entre o que você constrói como ideal dessa expectativa de parto humanizado e o que ele de fato foi. Então eu diria essa humanização em escalas diferentes, né? Também teve a ver comigo, quão humana eu estava naquele parto, porque se você também está assim, você também vai atrair uma condição semelhante, isso é mais tênue, porque é uma lei cósmica, lei do bumerangue, que você projeta o que você colhe, você semeia, você colhe. Tem a ver

com o quão real, divinizado, humanizado, inteiro, sagrado você está ali no momento. E essa dimensão da experiência, você está se dando ao mesmo tempo que as pessoas envolvidas nesse processo também estão dando para você. Então vai de tudo, desde você se sentir à vontade e contente nessa experiência a você se sentir diferente, bem, amado. Então, é a atenção (...) Tô colocando em níveis né? Estágios, como níveis de consciência. E, olhar para você como ser individual, único e ao mesmo tempo humano e divino, isso é um tratamento humano. Você não é um animal, você tem consciência, você tem sentimento. Essa é a humanização que a gente está falando, é essa a relação desse olhar com ternura, com afeto, com consciência, com presença.

A sua concepção sobre a humanização de seus partos se relaciona com forma como ela se legitima sujeito atuante no mundo. Ou seja, Camila passa a assumir que seus partos formam humanizados de acordo com a forma que ela se percebe dentro dos aspectos considerados por ela relevantes para validá-la enquanto sujeito, como a *consciência, afeto, integridade e plenitude*. A participante afirma que seus partos foram humanizados em diferentes níveis, ou seja, que a forma como ela se percebe cada parto como humanizado varia de acordo com o nível de consciência e integridade que se percebia em cada experiência. Esses níveis de consciência em seus partos podem ser correlacionados a suas vivências de passividade, incapacidade e insatisfação nos seus dois primeiros partos, em que afirma (15) “*que não teve domínio de nada*”, marcados pela frustração de sentir que esses partos foram frutos de um momento seu de inconsciência. E também pode ser correlacionado com os seus dois últimos partos em que ela se percebe como sujeito ativo e consciente ao se deparar com sua capacidade para parir. Além dos aspectos referentes aos elementos individuais de Camila, ela insere a relevância da participação dos seus espaços sociais para se sentir acolhida, amada: (28) “*Do envolvimento seu inteiro enquanto ser, mas de todo mundo que também está participando daquele processo.*”

Na seguinte fala de Camila, (28) *“E essa dimensão da experiência você está se dando ao mesmo tempo que as pessoas envolvidas nesse processo também estão dando para você”*, é evidenciado esse movimento dialético e simultâneo entre a subjetividade social e individual na tomada de sentidos subjetivos sobre suas experiências de parto. A compreensão de suas experiências gestacionais e de parto a partir da relacionalidade com os diversos aspectos individuais e sociais de sua história de vida possibilitam a emergência de novos sentidos subjetivos sobre a cesariana frente aos iniciais, associados ao medo, à frustração e à insatisfação vivenciados por ela com esse tipo de intervenção:

(29) Uma cesariana pode ser humanizada. Não é o procedimento que humaniza, você entende? Senão, você vai estar restringindo a experiência desse afeto a um procedimento. Não quer dizer que o parto natural não tenha algo em si mesmo que seja essa visceralidade, essa organicidade, porque na hora que você está ali no parto natural, isso eu vivi no último, você se entrega.... É como se você fosse todas as mulheres do mundo. Cara, é uma força, é um poder, é físico, é biológico, é químico, é espiritual, é tudo ao mesmo tempo. Isso existe numa dimensão incrível. Mas, não quer dizer que se você tiver uma experiência da cesárea, você não possa buscar isso de outras maneiras, através da sua equipe, da maneira que você lida com o feto, como você recebe o feto, como você amamenta, a experiência como um todo. A sua consciência, sua presença, tudo isso é o que faz esse momento ser humanizado, entende? Você que vai encher isso de significado. Óbvio, nas minhas experiências eu sempre vou advogar pelo parto natural, porque na plenitude total disso, ele é o canal mais intenso, não tenho dúvidas. Mas, agora se você não viveu isso por algum motivo não quer dizer que você não possa trazer essa presença, essa intensidade, essa vivência para dentro da sua experiência de parto cesáreo.

Portanto, apesar das idealizações que Camila construiu em torno do parto normal, como algo predestinado a todas mulheres, e mesmo tendo sido vivenciado, na configuração subjetiva individual da participante, como experiência que tomou sentido subjetivo associado ao empoderamento e à satisfação diante de sua autopercepção como incapaz e doente, a participante, através dos elementos de relacionalidade e afetividade, insere novos sentidos subjetivos que ampliam sua conceituação dada à humanização do parto, não a restringindo apenas ao parto normal. Ou seja, a relacionalidade e afetividade são elementos diferenciados de sentidos subjetivos que possibilitam a Camila nomear um parto humanizado como uma experiência que não se limita ao tipo de procedimento, mas que se qualifica enquanto humanizada, na medida em que é vivenciada com afeto, numa relacionalidade estabelecida entre mãe e bebê, e entre mãe e equipe de profissionais. Desta forma, os aspectos relacionais tanto no nível social: as relações que a mulher estabelece, como mãe, com seus filhos, com a equipe de saúde e com sua família; quanto no nível individual: a relação que a mulher estabelece com ela mesma, em sua integridade, plenitude, consciência são as dimensões que, para Camila, propiciam a humanização de um parto.

Informações gerais de Bruna

Bruna tem dois filhos, ambos nascidos de cesarianas. Seu primeiro filho nasceu quando ela tinha 18 anos e a segunda filha, quando tinha 37 anos. Ela é psicóloga, casada com o pai da segunda filha e mora com seu marido e seus dois filhos.

A idealização pelo parto normal e os elementos subjetivos implicados

Sobre seu primeiro parto, Bruna relata:

(1) No meu primeiro parto, eu me preparei muito para ter parto normal. Eu fazia aula de yoga, eu fazia terapia na época com minha terapeuta psicodramatista, que era

muito adepta e ativista de parto humanizado. Então, ela me apresentou um grupo de psicólogos e eu até participei da produção de um livro, me entrevistaram para falar sobre parto, porque eu queria que eu queria fazer um parto normal, o mais humanizado possível. Tinha 18 anos, muito novinha, né? Estava com isso na minha cabeça, e aí eu nem cogitei, na minha cabeça, que existia médicos que eram mais tendenciosos para um lado que pro outro. E aí eu fui num médico amigo do meu pai. Lembro que eu estava na sala de espera já para ter meu filho e uma das pessoas que estava nessa sala falou para mim: olha cuidado que ele tem mania de cesárea. E aí, eu fiquei muito impressionada com isso que ela disse que no momento do parto eu ficava com medo até de falar pro médico que eu estava tendo as contrações, fiquei com medo dele me obrigar a fazer a cesárea.

A produção subjetiva de Bruna frente a essas situações se relaciona com as representações que ela havia construído em torno de um parto normal como sua melhor alternativa em seu primeiro parto. Essas representações se expressam em emoções dominantes associadas ao receio de se submeter a qualquer outro tipo de intervenção que difira do parto normal, como por exemplo o (1) receio do médico obrigá-la a realizar uma cesárea. Bruna entende que sua insistência por um parto normal expôs ela e seu filho a riscos vividos durante o parto e associa essa insistência à influência que recebeu de pessoas durante a gestação. Sobre isso, a participante relata:

(2) Eu sei que eu deixei passar muito tempo, porque quando meu filho nasceu ele já estava em sofrimento, nasceu roxo com a língua para fora e eu tive parada respiratória. Hoje, eu sei o risco que eu coloquei ele, na época eu não tinha nem ideia. Então para mim foi assim meio assustador a postura que eu tomei de ser muito radical, de querer porque querer. E, as pessoas que eu andava na minha gravidez fizeram uma lavagem cerebral em mim de uma forma que eu queria parto normal, e aí

eu lembro que fiquei muito chateada de ter sido cesárea, porque eu tinha me preparado tanto. Eu entrei em trabalho de parto e tive 10 centímetros de dilatação, só que ele não conseguiu desenrolar o cordão. Tem gente que questiona se o médico não conseguiu desenrolar mesmo, porque isso não existe. Mas eu vi que isso existe SIM! Eu fiquei em trabalho de parto e o médico ficou no hospital junto comigo das 16h30m do domingo até às 9h30m da manhã do outro dia, quando o meu filho nasceu. Então foram muitas horas e ele tentou de tudo, tanto que eu e o meu filho quase morremos.

Bruna assume que sua idealização pelo parto normal foi responsável pelos riscos que ela e seu filho vivenciaram durante o parto (2) *“a postura que eu tomei de ser muito radical, de querer porque querer”*; ao mesmo tempo que relaciona esse desejo fixo com seus espaços subjetivos sociais: (2) *“E, as pessoas que eu andava na minha gravidez, fizeram uma lavagem cerebral em mim de uma forma que eu queria parto normal”*. Na expressão da participante, ela parece demonstrar culpa por se sentir responsável pelos riscos vividos durante o parto e como forma de aliviar esse sentimento, ela responsabiliza os outros pela sua própria postura, radical em sua percepção atual.

Ao mesmo tempo que percebe, atualmente, sua insistência pelo parto normal como radical, esta percepção parece estar associada a intensidade do desejo que ela tinha no passado por esse tipo de parto, desejo o qual foi frustrado: (2) *“eu lembro que fiquei muito chateada de ter sido cesárea, porque eu tinha me preparado tanto”*. A frustração do momento vivido não se relaciona apenas com a impossibilidade do parto normal, mas também com a forma como foi estabelecida a relação entre ela e a equipe do hospital:

(3) Eu tive parada respiratória e precisaram me dar anestesia geral. Então, eu perdi esse momento da hora do parto e eu fiquei com muito medo depois, porque eu ficava “cadê meu filho?” e me respondiam que ele tava ainda na enfermaria. Então, eu fiquei

com muito medo do que que estava acontecendo, sabe? Eu esperei tanto por isso, eu fiz ioga a gravidez inteira, eu fiz terapia planejando esse momento e de repente eu estava lá, já a horas no hospital. E, como eu era menina, sempre tinha aquela sensação: “será que eles estão me contando tudo? Será que estão me escondendo alguma coisa? ”. Então, eu já estava muito agoniada de vontade de ver meu filho para saber se estava tudo bem com ele. E aí, na hora que a enfermeira foi chegando com ele no carrinho, foi uma emoção tão grande que eu não esqueço nunca: ele naquele carrinho e eu fui vendo a cabecinha dele chegando. Foi uma felicidade tão grande que me emociono até hoje de lembrar. E, em vez da enfermeira respeitar aquele momento, ela não pensou nem um minuto o tanto que eu esperei por isso. Eu lembro que ela começou a me dar todas as informações do que eu podia fazer, como eu dava banho, sabe? Eu ficava pensando: “Será que eu tenho que prestar atenção? Será que eu tenho que ser madura e não me envolver com os sentimentos? ”. Eu queria mostrar que eu estava apta para ser mãe, mas eu queria ver ele, apertar ele, conferir ele pra ver se estava todo certinho! Queria conhecer ele, oras! E, ela me dando um batalhão de informação de uma forma tão fria, tão seca. Se eu tivesse vivido isso hoje em dia eu teria falado dá licença você pode voltar depois, mas na época eu acho que eu era muito menininha.

Entendo que a relação que a enfermeira estabeleceu com Bruna não se efetivou enquanto espaço de atenção e de escuta sobre os receios dela de estar distante de seu filho, sobre sua frustração por todo processo vivido e sobre seu desejo genuíno de vivenciar seu bebê em seus braços. Em vez disso, a relação foi estabelecida primordialmente através da transmissão de um saber técnico e instrumentalista em detrimento do estabelecimento de um vínculo afetivo que legitimasse o saber e as necessidades reais da participante como sujeito-mãe. A dificuldade dessa vinculação afetiva entre Bruna e a enfermeira não é apenas devida

às características do espaço hospitalar que Bruna estava inserida, mas também é devida aos seus próprios processos simbólico-emocionais na relação com seus espaços sociais, pois, por exemplo, o medo que Bruna tinha do (1) médico obrigá-la a fazer cesárea se relaciona com o seu medo do rompimento de todos os planos havida construído em torno do parto normal, durante seu período gestacional: o medo de ser contraditória com o que afetivamente advogou nos seus espaços sociais, a primazia pelo parto normal. Pois a mobilização pelo parto normal foi a forma de legitimar para si e para os outros que, independente de sua idade, seria capaz de gerar, parir e criar seu filho. Por isso, a não concretização do parto normal foi um elemento diferencial para que Bruna buscasse outras formas de mostrar, durante os dias que ficou internada no hospital, que estava preparada para exercer a função materna:

(4) Eu lembro que foi muito ruim eu ter que mostrar pra todo mundo que eu estava apta. Porque todo mundo já olhava com aquela sensação: “nossa, muito nova”. Todo mundo no hospital falava que eu era novinha demais, todo mundo passava por mim e fazia esse comentário, é impressionante que comentavam mesmo, sem educação o povo de ficar o tempo todo falando isso. E, eu queria tanto provar que eu ia dar conta que eu ficava prestando atenção em tudo, mas aí eu deixei de curtir aquele momento mais delícia. Eu pensava: “deixa eu prestar atenção em tudo que eu não vou falhar, pode falar tudo: como é que dá banho, como dá de mamar”. Mas, a gente só aprende tudo isso com meses, né? Assim, tudo que eu queria era um momento de silêncio ali pra curtir ele, e não me deram.

Sua fala, (4) “*eu lembro que é muito ruim eu ter que mostrar pra todo mundo que eu estava apta*” é um indicador de uma expressão de autocobrança da participante de mostrar para seus espaços sociais que tem condições para cuidar de um filho. Essa autocobrança em mostrar-se apta é expressa em sentidos subjetivos associados a vivências de insegurança e indecisão sobre qual atitude seria melhor para ela naquele momento: atender ao desejo de ser

reconhecida socialmente como capaz ou atender ao seu desejo de se envolver afetivamente com seu filho. Bruna traz, em diversos momentos dos encontros, que ela fez coisas desaprováveis por ela mesma, porque era muito (1 e 2) “*menininha*”, isto é, ela atribui o que considera errado em si mesma a sua idade cronológica. Dessa forma, escutar de pessoas que ela era uma mãe muito nova tem uma relação direta com o receio de não ser reconhecida como capacitada para o exercício da função materna.

(5) Tudo o que eu faço, acho que às vezes até exageradamente de querer ser perfeccionista de formas cansativas para mim, é tentando que meus filhos tenham orgulho de mim, é para dar exemplo. Às vezes é até um pouco pesado pra mim, mas é o que me dá sentido. Por incrível que pareça, eu preferiria ter tido minha filha mais nova, eu até pensei na hora de escrever, mas todo mundo falava tanto que eu tive tão novinha, só que hoje olhando pra mim eu tirei tão de letra de ter tido nova que se eu pudesse escolher minha vida, eu queria ter tido logo os dois na idade que eu tive o primeiro. Assim...talvez uns dois aninhos mais velho pelo preconceito, nem por mim. Até hoje eu vejo as pessoas com mil pensamentos automáticos na hora que olham para mim e o meu filho, já começam a fazer a conta de quantos anos eu tenho e de quantos anos eu tive ele, e já começam a pensar um monte de coisa. Eu vejo que às vezes até constroem meu filho, porque os próprios amigos dele se assustam um pouco. Então, foi meio cansativo! Pode ser um preconceito meu às vezes também de ficar achando que as pessoas estavam pensando isso. O tempo todo eu tinha que provar que eu era madura, desde a hora lá no hospital. Eu adoro falar que hoje eu já tenho quase 40, porque parece: “nossa, que alívio”. Eu acho que eu sou uma das poucas pessoas que adora falar que está ficando mais velha. Isso pra mim é um alívio de ter que ficar provando que eu tenho maturidade para criar meus filhos, sabe?

Assim, o auto reconhecimento de sua capacidade de ser mãe depende do reconhecimento dos outros em relação a ela, como por exemplo: (5) terem orgulho dela por causa do seu perfeccionismo. Por isso, ela busca, por meio de atitudes visíveis aos outros, mostrar que exerce satisfatoriamente sua função materna. Para Bruna, as representações sociais são determinantes para confirmar a percepção dela mesma sobre seu papel materno. Mas, sabendo que tais representações não têm como abarcar a totalidade das produções subjetivas de um ser humano, a dependência que Bruna cria com essas representações geram um conflito nela na medida que se depara com aspectos subjetivos que distoam dos seus sentidos subjetivos dominantes, por exemplo: quando a participante se depara com o seu desejo (5) de ter tido sua filha mais nova e com a satisfação do seu desempenho como mãe nova. Estes aspectos foram negados por seus próprios sentidos subjetivos dominantes associados a autodepreciação da capacidade de ser mãe, pela idade - um preconceito normativo que se converteu em realidade na configuração subjetiva de Bruna.

A idade passa a ser um elemento de sentido subjetivo essencial na subjetividade individual de Bruna para validá-la ou não como madura. A participante afirma que (5) pode ser um preconceito dela, ficar achando que as pessoas estão pensando o quão nova ela teve um filho, pois essa representação da idade se torna uma realidade naturalizada para ela que antecede e se diverge aos seus próprios sentidos subjetivos associados à sua satisfação em ter sido mãe nova. Ou seja, esse aspecto da idade se torna um aspecto tão relevante para ela, que passa a condicionar o seu olhar sobre si mesma e o olhar que ela imagina que os outros têm sobre ela. Desta forma, fazer 40 anos é, para Bruna, uma garantia indiscutível, individualmente e socialmente, de sua maturidade. Inclusive, essa importância que a participante dá à idade cronológica influencia a forma de se relacionar com os próprios filhos. Sobre isso, a participante relata:

(6) Pode até ser imaturidade minha ficar tão preocupada com o mundo, mas eu me sentia na obrigação de provar pros meus pais, de provar pro meu filho, de provar pra todo mundo que eu era capaz, sabe? Até hoje, em alguns momentos - não com a minha filha, porque com ela é mais automático, é mais leve, já que todo mundo da minha idade tem filhos da idade da minha filha, mas... - com meu filho, quando eu tô no universo dele com os amigos dele, eu vejo que eu procuro mostrar que eu sou mais séria com os amigos dele, eu não gosto de ir em balada onde eu possa encontrar meu filho. Eu acho que eu virei uma pessoa meio velha de propósito (risos). Uma defesa pra ele sempre se sentir à vontade de ter vindo ao mundo.

Nessa fala (6), percebe-se que identificar, em seus grupos sociais, outras mulheres na sua mesma idade com filhos na mesma idade da sua filha, é um elemento facilitador de sentimentos de pertencimento e segurança de Bruna em relação a ela mesma no exercício de sua maternidade e em relação aos seus espaços sociais: (6) *“com ela (falando sobre sua filha) é mais automático, é mais leve, já que todo mundo da minha idade tem filhos da idade da minha filha”*. A vivência desse pertencimento e segurança tomam sentidos subjetivos que favorecem a sensação de libertação de sua autocobrança em provar para os outros sua capacidade materna em relação a sua filha. Já, em relação ao seu filho, sua autocobrança em mostrar-se capaz ainda se faz presente em sua configuração subjetiva atual. Essa busca por reconhecimento também inclui seu filho: Bruna se sente insegura em relação à percepção de seu próprio filho sobre sua capacidade de ser mãe, e, assim, emerge em sua relação com ele uma defesa que também emerge na relação com outros laços sociais, (6) *“Uma defesa pra ele sempre se sentir à vontade de ter vindo ao mundo”*. Porém, a emergência dessa defesa de querer parecer mais velha, ocorre por novos sentidos subjetivos, pois o desejo de Bruna não é apenas de ser reconhecida por seu filho, mas que ele possa se sentir acolhido e seguro na medida em que a reconhece como uma mãe capacitada para tal função.

A importância da família

A ênfase na idade também se expressa em sentidos subjetivos associados ao medo da morte. Ao mesmo tempo que Bruna se alivia com a proximidade dos 40 anos, ela teme o avançar da idade. Sobre isso, em um dos indutores do complemento de frases, ela complementa:

O meu maior medo é perder as pessoas que amo.

No comentário dessa frase, Bruna relata:

(7) Medo da morte pra mim é a coisa que eu mais preciso trabalhar em mim. Porque pra mim as pessoas são a melhor parte da vida, eu realmente me apeguei a isso, no sentido literal mesmo a isso. Eu fico pensando: eu já perdi tia, meus avós que eram próximos a mim e até que é engraçado, porque eu lidei bem com isso, mas é um assunto que realmente me apavora, um assunto que eu tenho medo só de pensar. Medo de perder as pessoas que eu mais amo.

Em parágrafos anteriores, ressalté a dependência de Bruna pelo reconhecimento dos outros para que ela pudesse, assim, reconhecer a si mesma como capaz no seu exercício materno. Porém, essa forma de estabelecimento relacional em seus espaços sociais não se limita apenas à vivência da maternidade, mas se estende ao modo como Bruna está inserida no seu mundo social. Eles passam a fazer parte de sua configuração subjetiva individual por sentidos subjetivos próprios associados à relevância afetiva desses espaços na autoidentificação da participante como sujeito individual. Deste modo, o medo de morrer não se configura como medo de se deparar com a finitude do corpo, mas o medo de, ao perder as pessoas que compõem sentido a sua vida, se deparar com sua morte subjetiva, e consequentemente com a solidão. Sendo assim, esse medo é mais uma expressão de sua forte dependência com as pessoas de seu convívio próximo.

Esse temor em perder as pessoas significativas em sua vida é sentido por ela quando se depara com a passagem do tempo nos seus anos de vida:

Eu preferiria ter tido minha filha há mais tempo, quando era mais jovem.

Fala da participante sobre esse complemento de frase:

(8) Então, eu preferiria ter ido minha filha mais tempo atrás quando eu era um pouco mais jovem, eu acho que talvez pode ter até a ver com esse meu medo de perder as pessoas que eu amo e também por querer passar mais tempo junto. Eu tive ela com 38. Até coloquei aqui depois que eu fico imaginando que quando ela tiver a minha idade, eu já vou tá com quase 80 anos. Então, eu não vou poder fazer tudo que eu fiz com o meu filho com ela, curtir tantas coisas, curtir os filhos dela. Então, como estar junto da família é a parte da vida que eu acho mais legal, eu vejo que, hoje, eu não vou ter tanto tempo, igual eu vou ter com meu filho, pra investir nessa parte da vida que eu acho mais legal. E, olha que eu amo um monte de outras partes, igual da profissão, mas pra mim sem dúvida a melhor parte é de tá com a família, filho, mãe, pai. Eu amo tá junto, fazer programa com família, adoro!

Estar presente e fazer parte do seu ciclo familiar são elementos essenciais para a expressão de satisfação e de contentamento de Bruna à sua experiência de ser. E, na medida em que ela imagina a possibilidade da perda desse aspecto relacional, por exemplo, (8) a incapacidade, atribuída à idade, de aproveitar com sua filha todos os momentos que poderá vivenciar com seu filho, o temor da separação e da morte de sentido de sua vida emergem nela. Além desse temor da perda do convívio com pessoas significativas para ela, Bruna teme, pela sua ausência, desamparar sua filha:

Muitas vezes penso que quando minha filha tiver a minha idade, já estarei velha para lhe apoiar como eu gostaria.

Sua fala sobre a frase:

(9) Então, eu, às vezes, vejo assim: uma felicidade de ver, muitas vezes, meu filho cuidando dela, me dá um alívio, de pensar “ufa então na hora que eu não estiver mais, eu sei que ela vai ter outra pessoa pra cuidar dela”.

A valorização da idade como mecanismo para validá-la como capaz ou incapaz diante de sua função materna é um elemento de sentido subjetivo presente na configuração subjetiva individual de Bruna como discorrido em parágrafos anteriores, mas nessa fala (9) emerge novos sentidos subjetivos associados à vivência de sentir-se incapaz frente ao seu papel de mãe, o medo de desemparrar sua filha, devido à idade. Esse medo se relaciona com o papel que a participante ocupa em seu núcleo familiar. Sobre esse papel, enquanto discorre sobre o desenho que fez de sua família, Bruna evidencia:

(10) Me coloquei no centro no papel, porque eu sinto que é a minha função manter essa roda girando. Eu sinto como se meu papel fosse importante nesse sentido: de eu ser quem que vai bolar estratégias quando tem um que está mais desligado, mais longe do outro, quando tem qualquer conflito assim, eu que sou o papel da mãe, da matriarca. Eu acredito que eu tenho esse papel, igual eu vi na família da minha mãe, da minha vó. Eu sinto que quando eu fico mais desligada, quando preciso estar mais envolvida no trabalho, parece que eu sinto que as coisas começam a desestabilizar, nesse sentido da união. Eu me sinto responsável sempre de estar bolando programas para todo mundo estar fazendo juntos, de estar chamando todo mundo para almoçar junto, pra sentar todo mundo na sala pra ver um filmezinho. Eu vejo que quando eu

me desligo dessa minha função não fica a mesma coisa, sabe? Então, eu me coloquei nesse papel de matriarca, mesmo, dessa função.

Bruna desenhou o seu núcleo familiar, ela, seu marido, seu filho e sua filha e depois perguntou se podia grampear o desenho para unir as pontas do papel visando manter sua família em uma roda, porque *“minha família tinha que ficar toda junta”*. Por sua família ser um espaço no qual a participante se sente pertencente ao seu mundo individual e social, Bruna se vê como a principal responsável por manter a união do seu núcleo familiar, ações indicadoras do medo que ela tem do desfalecimento desse núcleo.

Interessante notar que, mesmo Bruna tendo desenhado o marido como componente de seu núcleo familiar, ela não o cita (9) como um possível cuidador da filha deles, caso alguma fatalidade acometa à participante, ou (10) como um homem que pode exercer a função de ser seu parceiro ativo no cuidado da família, mas sim, parece legitimar a si mesma como a única responsável pelo cuidado e união da sua família: (10) *“Eu sinto que quando eu fico mais desligada (...) parece que eu sinto que as coisas começam a desestabilizar, nesse sentido da união”*. Percebo, assim, que a busca de ocupar esse lugar se relaciona com os sentidos subjetivos que emergem em sua relação com a própria história de vida, já que esse papel de unificadora já era um aspecto afetivo comum para Bruna, por vivenciar tais características, presentes em duas figuras femininas presentes em sua vida, sua mãe e sua avó: (10) *“Eu acredito que eu tenho esse papel, igual eu vi na família da minha mãe, da minha vó”*. C.L. traz uma fala que ressalta a relevância dessa relação afetiva com sua mãe e avó:

(11) (Falando sobre sua mãe). É meu porto seguro, meu apoio. Eu sei que, se eu não conseguir qualquer coisa, eu posso gritar. Ela me dá essa possibilidade, por exemplo: eu participo dos meus negócios da igreja que eu vou à noite, e eu sei que minha mãe é a pessoa que, se eu precisar ir, eu posso deixar a minha filha com ela. Então, a minha

mãe é a pessoa que eu posso contar pra tudo. Quando eu tenho qualquer problema, ela é minha mestra guru que eu tiro minhas dúvidas, que me dá minha força, que me dá um chaqualhão de vez em quando. E, minha mãe é aquela tranquilidade, aquela alegria, ela é leve. Então, ela também é meu modelo, meu espelho. Minha mãe sempre foi assim: muito presente, muito matriarca mesmo. Agora que ela se aposentou e tem mais horário, ela sempre está junto comigo e minha filha. Ontem mesmo, ela me ligou falando que meu filho foi pra casa dela e ficou dormindo lá na cama junto dela. Então, ela pra mim é figura de amor, mesmo, de família. Igual eu via na minha vó também, de ter esse lugarzinho gostoso aonde a gente ia final de semana e é só festa: a gente cozinha junto, minha mãe mima a gente, faz todas as vontades. Ela é o ponto de encontro da família. Então, a casa dela é esse sinônimo de ninho, de lugar pra gente pousar e recarregar essas energias, sabe? E, minha mãe pra mim é mais que tudo, se o mundo acabar eu tenho ela, sabe? Pra mim é a pessoa que mais me ama no mundo.

Essa relação afetiva entre Bruna e sua mãe e avó é o espaço considerado pela participante como o que mais lhe proporciona sentimentos de acolhimento e segurança em detrimento de outros espaços sociais. A participante evidencia em sua fala, sua mãe como a figura mais relevante para ela: (11) *“figura de amor e família”* Entendo que a relação com sua mãe revela indicadores de uma relação de dependência, já que Bruna busca desfrutar desses sentimentos de acolhimento e segurança prioritariamente na relação com sua mãe: (11) *“minha mãe pra mim é mais que tudo, se o mundo acabar eu tenho ela, sabe? Pra mim é a pessoa que mais me ama no mundo”*. Desta forma, imagino que o não aparecimento do seu marido, em suas falas (9, 10,11), como uma figura relevante para sua segurança e para a manutenção do seu laço familiar se relaciona tanto com a ênfase dada, por ela, nas figuras femininas, como detentoras da função de ser (11) o *“ponto de apoio da família”*, quanto com

sua percepção da relação mãe e filhos, uma vinculação sanguínea, como o principal espaço de apoio e segurança para ela. E, em relação ao seu marido, Bruna afirma:

(12) Ele é responsável pela minha evolução como pessoa na terra, espiritual também. Espiritualmente falando, ele é a chance que Deus me deu pra aprender o que é amor de verdade, porque amar filho é muito fácil, mas quando é uma outra pessoa, que muitas vezes você pensa em que você é a letra z e precisa aprender a chegar na letra M, sabe? Você aprender a chegar no meio, mantendo o amor, mantendo a cumplicidade, mantendo o respeito, eu tô aprendendo com ele. E, muitas vezes na minha vida, nessas mesmas situações pra mim era muito fácil falar “que pessoa chata” e jogar tudo pra trás e caminhar para frente. Sabe? E, ele é daqueles que não me deixou nunca desistir. Ele é meu presente, ele não é do meu sangue mas para mim virou.

Nesse sentido, ela traz elementos novos para pensar suas relações afetivas. Ela parece por um contraponto entre o que é um sanguíneo, natural e o que exige dela um esforço para conseguir manter a relação. Nessa fala, surgem indicadores de que o papel de mãe ou a responsabilidade vinculada a ele, de alguma forma a tornam mais propensa a se dispor aos aprendizados e esforços que uma relação exige. Já quanto ao marido, não estando presentes esses elementos do papel materno e da vinculação sanguínea, Bruna busca outros elementos para justificar sua disposição relacional. A participante trata sua relação conjugal como uma oportunidade para se desenvolver espiritualmente e como pessoa, pois percebe que, apesar de se sentir mais exigida nessa relação, é com ele que pode aprender (12) “*o que é amor de verdade*”. Então, para além dessa justificativa espiritual, Bruna faz uma aproximação, no que parece uma tentativa de naturalização de seu esforço conjugal, tentando aproximar seu papel de esposa ao de um parente próximo: (12) “*ele não é do meu sangue mas para mim virou*”.

A dificuldade de Bruna em relação ao seu marido parece estar ligada com uma tendência em relação aos homens, pois ela afirma (12) que sempre foi mais fácil acabar os relacionamentos e não se comprometer com o processo relacional. Essa postura pode ser um indicador de sentimento de insegurança em relação à figura masculina, que não chega a parecer no relato de sua família de origem. Portanto, ela atribui à postura do marido o fato dela ter conseguido se manter no relacionamento, indicando que ela parece se assegurar, em relação a continuidade e manutenção do relacionamento, na atitude não permissiva do marido em relação a sua tendência de desistir, (12) “*ele é daqueles que não me deixou nunca desistir*”.

Ao mesmo tempo em que Bruna parece fazer um reconhecimento da importância do seu marido em seu processo de desenvolvimento pessoal e espiritual, ela o toma como único responsável pela relação conjugal, o que indica uma postura passiva em relação a ele, em contrapartida à sua relação com seus filhos e sua mãe, em que busca ter uma postura ativa de compromisso, pois a forma como ela é suprida afetivamente por sua mãe se converte numa fonte geradora de sentidos subjetivos similares àqueles na relação com seus filhos. Sobre isso, Bruna comenta:

(13) Eu desejo ter saúde para estar o maior tempo possível com meus filhos, até porque a minha filha eu tive com quase 40. Então, eu espero que eu tenha saúde para ser para ela o que minha mãe é hoje para mim. Eu quero poder ser feliz não só na maternidade, mas em outras áreas da minha vida, como a profissional que eu estou batalhando agora. A minha vida amorosa pra eu continuar construindo ela. E também estando com saúde e paz, eu posso levar essa paz e alegria pra eles.

Ou seja, Bruna deseja perpetuar seus sentimentos positivos de pertencimento e segurança, facilitados na relação com sua mãe, para a relação com seus filhos. Assim, ela

busca transmitir (13) *paz e alegria* para seus genitores da mesma forma que sua mãe se converte, em sua produção subjetiva, como figura importante para sua paz e alegria: (11) *minha mãe é aquela tranquilidade, aquela alegria, ela é leve*. Nessa fala (13), além da maternidade, Bruna explicitou seu desejo por outros aspectos de sua vida, (13) como sua profissão e relacionamento amoroso. A respeito desses outros aspectos, a participante explicita em complemento de frase:

O mais importante é vê-los crescendo saudáveis e felizes. E procurar ser feliz e me realizar em outros aspectos da minha vida.

(14) Eu amo esse aspecto da maternidade, mas eu também não me vejo só por conta disso. Hoje eu estou no meu momento, apesar da minha filha ser ainda pequenininha, também de construir minha vida profissional que eu não fiz com tanto afinco quando o meu filho era pequeno. Então, hoje, outra coisa que é a minha paixão é o meu trabalho, minha profissão. Então, eu tenho é esse outro lado que eu também procuro investir, que também me deixa muito feliz e que também é muito importante pra eu não ficar fixa só em uma coisa, né? Não ficar também só mãe, mãe, mãe. Eu tenho consciência que eu tenho também um monte de outros papéis, que eu tenho muito prazer.

Sobre esses outros aspectos de sua vida, Bruna relata o profissional como elemento de sentidos subjetivos associados a sentimentos de felicidade e de prazer em sua atuação como sujeito no mundo: (14) “*Então, hoje outra coisa que é a minha paixão é o meu trabalho, minha profissão*”. A busca por outros papéis sociais demonstra a capacidade subjetiva da participante de produzir alternativas em seu modo de vida para que este não se reduza apenas a sua vivência com a maternidade, mas que se amplie por múltiplas produções subjetivas da vivência de diferentes experiências que se expressam em diversos sentidos subjetivos: (14) “*Eu amo esse aspecto da maternidade, mas eu também não me vejo só por conta disso*”.

Todavia, apesar dessas outras atividades de Bruna se configurarem subjetivamente como elementos facilitadores da emergência de seu posicionamento desejoso diante de outras áreas de sua vida, ela se sente culpada quando imagina que tais atividades possam estar limitando sua capacidade de corresponder a própria expectativa em relação a responsabilidade que atribui a si: manter a união afetiva de sua família. A respeito dessa culpa, em uma das perguntas do questionário **se ela se sente sempre uma boa mãe**, o comentário da participante foi:

(15) Não, sempre não! Tem dias que eu sinto que poderia ficar mais tempo com eles, conversar mais com eles, principalmente com o mais velho. Porque eu estou sentindo agora que ele fica o dia inteiro fora. Ele só chega à noite em casa e nós dois estamos cansados. Eu sempre fico na sensação de que tá acabando o tempo e de que daqui a pouco ele vai pra casa dele e casar. E aí, sempre, me dá aquela sensação: “ai meu deus queria tanto diminuir o meu ritmo, pra gente ter mais tempo pra aproveitar”. Sempre fica essa sensação que poderia estar sendo mais. Já com minha filha, estou 24 horas, quando não estou no trabalho. Ela, hoje, até por causa da idade, é a prioridade. Com ela, eu dou tudo de mim e mais um tiquinho. Com ela, não sinto nenhum pouco esse remorso da culpa não. Com ela, eu sinto que eu dou meu sangue.

Pode-se perceber um receio de Bruna referente a redução do tempo de convívio com seus filhos, (13) *Eu desejo ter saúde para estar o maior tempo possível com meus filhos, até porque a minha filha eu tive com quase 40* e (15) *Eu sempre fico na sensação de que tá acabando o tempo*, e esse sentimento surge quando ela se depara tanto com a passagem do tempo pela sua idade, quanto com o ritmo de sua rotina, (15) *“ai, meu deus, queria tanto diminuir o meu ritmo pra gente ter mais tempo pra aproveitar”*. O incômodo da participante por vivenciar a realidade de uma rotina atarefada pelas funções profissionais é indicador de

sentimentos de falha e de culpa da participante frente ao papel que ela legitima como prioritário em sua vida: o de ser a matriarca responsável pela sustentação e união de sua família.

Tenho saudades de quando meu filho era pequeno e estava sempre pertinho de mim.

Comentário sobre a frase:

(16) Porque ele era meu chicletinho e agora ele está todo independente, já tá nessa fase de começar a mostrar que quer construir isso para ele, o que eu construí para mim. É engraçado ser mãe, é uma dicotomia mesmo, porque ao mesmo tempo em que a gente fica tão feliz de ver eles alçando vôos, de ver eles indo atrás, a gente sente vontade que eles fiquem mais.

Ao mesmo tempo em que Bruna tem receio de não poder viver com sua filha, no futuro, o que pôde viver com o seu filho, (8) *“eu não vou poder fazer tudo que eu fiz com o meu filho com ela, curtir tantas coisas, curtir os filhos dela”*, ela percebe a forma como está configurada atualmente a relação com eles e compara a diferença de convívio com os dois. Com sua filha, (15) ela se sente segura quanto aos cuidados maternos prestados, pois percebe que dedica a maior parte do tempo a ela quando não está no trabalho: (15) *“Com ela, eu dou tudo de mim e mais um tiquinho. Com ela não sinto nenhum pouco esse remorso da culpa não”*. Entendo, assim, que estar unida e dedicar-se aos seus filhos se configuram em sentidos subjetivos essenciais para a participante validar-se como capacitada em suas funções maternas, já que pela dependência de Bruna em relação a seus espaços sociais, ela se reconhece como capaz na medida em que é reconhecida como tal pelos outros, inclusive seus filhos.

Parece que os espaços sociais que Bruna mais convive se restringem, na grande maioria, ao seu ciclo relacional mãe e filhos, pois a participante praticamente não evidenciou,

em suas falas, o prazer da convivência com outros ciclos sociais, como com amigos e mesmo o marido. Assim, o sentimento de culpa que Bruna traz, em sua fala, está associado à sua subestimação da qualidade de ser uma boa mãe pela sua percepção (15) de falta de tempo de convívio entre ela e seu filho, mas também, de uma forma mais ampla, esse medo está ligado a maneira como ela vive seu mundo individual e social, ou seja, já que a relação mãe e filhos para ela é o contexto no qual deve haver maior investimento, perceber-se não correspondendo aos parâmetros legitimados em seu discurso como primordiais, se expressa em culpa. E, como uma forma de lidar com esse sentimento, Bruna (16) relembra com saudades as memórias afetivas de momentos com seu filho, quando ainda era pequeno. Esse lembrar é uma forma de vivenciar situações em que se percebia mais presente e dedicada ao seu filho e, por isso, uma mãe melhor. No atual momento, a dicotomia de Bruna entre a felicidade de ver seu filho tornando-se independente e de querê-lo ainda por perto é indicador da preocupação dela da concretização do seu medo de perder o convívio próximo com as pessoas que ama, isto é, medo de perder o que advoga como o mais importante: a relação com sua mãe e filhos.

A ênfase, durante os encontros, nas outras áreas da vida da participante além do parto, como sua família, é um aspecto relevante para a própria compreensão do processos simbólico-emocionais sobre seus partos, pois os sentidos subjetivos que emergem de uma experiência não são uma expressão causal dessa experiência, mas são uma expressão de uma área da vida que se relaciona com outros sentidos subjetivos, que emergem na configuração subjetiva de uma pessoa mediante a produção dela sobre seus contextos sociais, por isso, o caráter singular dos aspectos de vida de uma pessoa.

Sobre a humanização no parto

(17) E amo quando esses lugares, onde eu me sinto feliz ou aprendendo algo, têm alguma coisa referente à minha família, à minha profissão e a Deus.

Levando em conta a importância que sua família, sua profissão e sua religião têm para a participante, seu grupo de família e amigos se configuraram, em seu primeiro parto, como ponto de conforto e acolhimento em relação à desconfiança que tinha do hospital. Sobre isso, Bruna relata:

(18) Porque eu curti muito apesar de ser nova. Minha família me deu muito apoio, foi muito divertido, porque foram umas 30 pessoas lá pra casa. Enquanto eu estava em trabalho de parto, tinha um monte de amigos, tocando violão, música e foi todo mundo junto pro hospital, foi aquela bagunça (risos da participante). Minha família toda muito assim e eu sou muito assim: eu adoro onde possa me fazer rir, onde tem diversão. Então, foi muito legal, só que teve o problema que eu te falei, que eu fiquei muito ligada.... Queria porque queria que fosse normal. Eu fiquei com aquilo na minha cabeça e aí teve a história da parada respiratória, de eu não conseguir ter o parto normal, dele nascer roxinho com a língua pra fora. Então, até aquele momento tudo lindo e maravilhoso, só que aí teve esse pedaço. Só depois que eu tive consciência da gravidade da coisa, porque lá hospital foi um momento muito mágico, aquele tanto de amigos o tempo inteiro indo, muito acolhedor, muito carinho, muito amor, muito presente, muita bagunça.

Seu grupo de amigos e família funcionaram como espaços afetivos propícios para a emergência expressões de alegria e tranquilidade nesse contexto hospitalar, marcado pela relação fria e distante com a equipe de profissionais do hospital, pela desilusão sobre o parto normal esperado e pelas complicações que vivenciou durante o parto. Assim, esses espaços sociais, sua família e amigos, possibilitaram abrandar o sofrimento da participante nos dias em que ficou internada no hospital, pois propiciaram vivências de aspectos comuns a forma como ela afirma se relacionar com pessoas em seu dia-a-dia: com diversão e risos.

Nesse primeiro parto, Bruna foi frustrada em seu planejamento de ter um parto normal. E tal frustração propiciou a emergência de novos sentidos subjetivos sobre o que considera como parto humanizado. Em seu segundo parto, ainda havia o desejo pelo parto normal, mas ela traz o conceito de humanização associado a outros elementos como a primazia pela promoção de saúde dela e do bebê, o acesso à informação e ser respeitada pela equipe do hospital.

(19) Quando eu fui ter minha filha, já tinha passado 20 anos, eu falei: agora vai ser diferente. Eu estava super tranquila, outra maturidade, mas eu fui muito com essa ideia que eu queria saúde e queria muito que fosse humanizado no sentido de que fosse humano mesmo, para que meu momento fosse respeitado. Eu conversei muito sobre isso com o obstetra e falei: “eu quero poder deixá-la nascer, eu quero entrar em trabalho de parto”. Eu fui conversando com ele e fui muito na lata com ele, sabe? Primeiro ele veio com esse papo pra mim: “você é muito estreitinha, pra você vai ter que ser cesárea”. E, eu falei: “não! Vamos parar! Já assisti tudo quanto tipo de filme, já li um monte de coisa sobre isso e comigo não precisa desse papo não. Eu estudo psicologia, então eu sei desse negócio de estreitinha... até porque eu quase já tive um parto normal, eu tive uns 10 centímetros de dilatação e eu quero tentar assim mesmo”. E aí, ele viu logo que eu estava informada e foi me respeitando. Ele ria muito de mim quando ele vinha com alguma coisa e eu já falava: “vem não” e já botava logo o que eu queria. Então, eu me impus também, me empoderei nessa situação.

Através dessa fala (19), percebe-se a diferença de posicionamento de Bruna do seu primeiro parto para o segundo. No primeiro, a participante estava convicta de que queria um parto normal, mas devido ao receio de não ser respeitada pelo médico nessa escolha, não estabeleceu um diálogo com ele sobre esse desejo. Desta forma, em seu primeiro parto, seus medos e reclamações não foram compartilhados com os outros pelo receio de ser

considerada, devido a sua idade, incapaz de ter e criar seu filho; o que demonstra sua postura passiva diante das situações vivenciadas no hospital com a equipe. No segundo, como uma forma de evitar a repetição das situações difíceis vivenciadas no seu primeiro parto, Bruna desenvolveu uma postura mais ativa de expor ao seu médico obstétrico seus desejos e preferências. Por meio da apropriação de informações e da legitimação do seu papel como estudante de psicologia, novos sentidos subjetivos, ligados à segurança e à confiança, de que será legitimada pelos outros, ao compartilhar o que deseja para si mesma, emergem na configuração subjetiva da participante.

(20) Eu estava com 39 semanas e nada de entrar em trabalho de parto ainda. Aí, o médico me falou e me mostrou, e olha que ele teve que me falar todas as palavras científicas para me convencer de que, no meu caso, já tava tendo uma calcificação da placenta, o que tava impedindo de passar nutriente para minha filha. Me explicou tudo e falou assim: “se você ficar prologando esse tempo você pode estar começando a causar uma desnutrição no neném, mas é uma escolha sua, mas eu, como seu médico, estou te avisando”. Ai ele ainda falou: “vamos marcar para o sábado o parto” e eu falei, então, que queria numa segunda-feira que ia dar 39 semanas e 2 dias, igual do meu filho e porque ia cair no dia 18/08 parecido com o do pai dela que é dia 18/07, perfeito, simboliza esperança. Ai, eu sei que ele esperou, me respeitou e me deu o prazo.

Percebe-se que a possibilidade do estabelecimento de um diálogo aberto entre a participante e o médico propiciou que (19) as primeiras ideias divergentes entre dois a respeito da melhor alternativa de parto fossem se adequando ao que a participante desejava para si mesma. Esse diálogo horizontal estabelecido entre os dois foi fonte geradora de sentimento de confiança da participante para com o seu médico, pois a possibilidade dessa troca recíproca de informações científicas entre os dois sobre o parto era uma forma dela se

sentir segura para expor o que desejava e de se sentir cuidada por seu médico ao receber novas informações sobre o seu caso.

Apesar de desejar o parto normal, o espaço afetivo de respeito e confiança com seu médico e o foco dado por ela a sua saúde e a do bebê foram elementos propícios para Bruna receber com tranquilidade a notícia da necessidade do parto cesáreo, tanto que demonstra sentimentos positivos de satisfação pela data de nascimento de sua filha: (20) *“falei, então, queria numa segunda-feira que ia dar 39 semanas e 2 dias, igual do meu filho e porque ia cair no dia 18/08 parecido com o do pai dela que é dia 18/07, perfeito, simboliza esperança.”*

(21) No hospital me senti totalmente acolhida pela equipe. Toda a equipe veio me conhecer antes, todo mundo me acalmando... Cada médico... Eu lembro que uma coisa que me marcou muito foi o anestesista me explicando passo a passo o que ele ia fazer comigo, ficou de um lado comigo, e meu marido do outro, e o tempo inteiro ele falava: “agora eu vou fazer isso, agora aquilo... fica tranquila”. A enfermeira.... Todo mundo de um carinho extremo e assim eles continuaram o que eu comecei com o médico de me manter informada de tudo que estavam fazendo, o que era a função de cada um. Eu me senti muito respeitada.

A troca de informações entre ela e o médico e a postura esclarecedora deste foram características que se estenderam para momento do parto e que se configuraram como aspectos propiciadores do vínculo afetivo entre Bruna e a equipe de profissionais da maternidade, pois ser informada e esclarecida sobre todos os procedimentos que seriam realizados nela durante o parto facilitaram sentimentos de acolhimento e de respeito na participante. Esses sentimentos positivos de Bruna durante o parto não foram propiciados apenas pela postura da equipe, mas também devido à presença ativa de seu marido, pai de sua filha, em todo trabalho de parto:

(22) Assim que minha filha nasceu, a primeira coisa que me perguntam é se o pai queria cortar o cordão. O pai fica o tempo inteiro com você, você não fica longe do pai um segundo. Lá é só maternidade, lugar que já emana saúde, não é um hospital, é um lugar de vida. Todo mundo chega feliz, um tanto de mulher no corredor em trabalho de parto ou gente que acabou de ter neném. Aquele tanto de bebê chorando (risos da participante), então você tem um clima já todo gostoso na maternidade. E, na hora do parto, o pai o tempo inteiro participa de tudo, põe a roupa igual a você, fica do lado o tempo todo, de mão dada.

A presença do pai do bebê no parto de Bruna foi essencial para ela preencher esse momento com familiaridade e afetividade, possibilitando a ela sentir-se amparada em todo procedimento cirúrgico. Além disso, a postura da equipe de convidá-lo a participar do momento do parto, como (22) perguntar se ele gostaria de cortar o cordão umbilical, foi essencial para empoderá-lo como participante ativo nesse momento do parto, seja para prestar assistência emocional para a participante, para integrá-lo como figura relevante para a mãe e o bebê, mas, também, para transformar o parto num momento íntimo entre Bruna e seu marido.

Outro fator essencial para Bruna qualificar seus partos como humanizado foi a possibilidade do primeiro contato com seus filhos após o nascimento. Sobre isso, Bruna escreve em uma das perguntas do questionário:

- Que significado o parir tem para sua vida?

- Vida, encontro, amor.

Comentário sobre a resposta do questionário:

(23) Para mim, o parir é um momento de vida, é o momento principal. Quando eu tava grávida, eu pensava que o parto é a hora que eu ia encontrar, principalmente nos últimos três meses, parece que a gente não pensa em outra coisa, a não ser: quero ver

a carinha, quero saber como que é. Já dá uma agonia, e pra mim que sou ansiosa, nem se fala. Então pra mim o parir é o momento, sabe? É o encontro. O momento mais feliz da vida.

Para Bruna, a concretização do encontro entre ela e seu bebê no momento do parto suscitaram sentimentos positivos de autorealização, felicidade e satisfação com o parto. Esses sentimentos facilitados pelo encontro entre ela e a bebê estão inteiramente ligados à curiosidade e ao interesse em conhecer a fisionomia de seus filhos durante suas gestações. Dessa forma, sentir-se respeitada no momento do parto se relaciona com a concretização desse desejo.

Suas experiências de parto foram humanizadas?

(24) Sim. Apesar de ter sido cesárea, senti meu primeiro encontro com minha filha muito respeitado. Diferente do meu primeiro parto, que não tive oportunidade de curtir esse momento tão esperado, nem na hora do parto em si, porque estava sedada devido a parada respiratória e nem no quarto quando a enfermeira levou meu filho para eu conhecer.

As vivências negativas em seu primeiro parto foram propícias para gerarem sentidos subjetivos que permitissem à Bruna assumir uma nova postura em relação ao que considera um parto humanizado: durante sua primeira gestação e seu primeiro parto, a participante havia representado um parto humanizado unicamente como sinônimo de um parto normal, mas após sentir-se desrespeitada, desconfiada e amedrontada em relação a equipe e aos riscos vivenciados nesse parto, Bruna incorporou novos elementos primordiais para ela sentir-se humanizada em seu parto, como a primazia pela sua saúde e a do bebê e, também, o tratamento afetivo pela equipe de saúde, que significa o recebimento de respeito, o estabelecimento de um diálogo e a legitimação de seus desejos.

Logo, em sua segunda gestação, como o desejo pelo parto normal foi suscitado por outros sentidos subjetivos associados à primazia da humanização, pelo respeito, pela legitimidade como sujeito e pelo estabelecimento de comunicação com a equipe de saúde, Bruna incorporou com tranquilidade a necessidade de uma cesárea em seu segundo parto por já estar sentindo-se contemplada nesses elementos, ao longo da gestação. Nesse sentido, apesar da cesárea não ter sido o tipo de parto que havia imaginado em sua vida, o constante recebimento de informações durante todos os procedimentos do parto, a efetividade do seu direito em ter o pai ao seu lado durante a cesárea, a possibilidade dada a ele de cortar o cordão umbilical de sua filha e o contato imediato dela com sua filha após o parto foram elementos fundamentais para Bruna perceber essa experiência como humanizada.

Considerações Finais

O presente trabalho abordou o parto levando em conta dois processos que hoje estão fortemente evidenciados em nossa sociedade: o excesso de cesarianas no Brasil e o modelo de atenção humanizada ao parto. O desenvolvimento da tese de monografia, pela perspectiva da Teoria da Subjetividade (González Rey, 1997, 2011b, 2012), buscou compreender a relação dialética entre os espaços sociais e os processos individuais na concepção do parto de duas mulheres, visando contribuir para a ampliação do campo teórico-epistemológico deste fenômeno.

Evidencio, assim, alguns aspectos importantes no entendimento do parto a partir do caso das participantes. Primeiramente, percebo uma estreita relação entre a medicalização dos fenômenos da vida pelo saber médico e a legitimação de uma crença de incapacidade do sujeito em lidar com seus processos de vida e, contribuindo para a manutenção da naturalização patologizante na subjetividade individual do sujeito, encontramos os espaços sociais concretos dele, por meio dos quais os efeitos normatizadores circulam na subjetividade social, aparecendo de forma singular e única nos diferentes sujeitos implicados nos espaços sociais configurados dentro dessa subjetividade.

Desta forma, a medicalização dos fenômenos de vida pelo saber médico, dada pela primazia de uma intervenção instrumentalista e objetiva em detrimento dos aspectos subjetivos dos pacientes, se relaciona com a objetificação deles, isto é, com a anulação deles como sujeitos dotados de emoções, desejos, necessidades e escolhas. O que foi discutido no curso da construção da informação desse trabalho demonstra que, quando o saber técnico e médico é reconhecido como o detentor da verdade sobre os pacientes, as informações são transmitidas para os usuários de saúde de forma parcial, despersonalizada e insensível às suas expressões subjetivas.

A questão não é a simples transmissão de informação, mas entender e refletir quais formas de apropriação desse conhecimento a respeito do parir se mostram possíveis para as mulheres quando novas informações passam a fazer sentido para elas, pois esse momento pode ser oportuno para que elas se empoderem como sujeitos na medida que são capazes de se reorganizarem ativamente, mesmo quando as circunstâncias distoam de seus sentidos subjetivos iniciais em relação ao parto. Assim, o diálogo é favorecedor da emergência de configurações subjetivas no processo de parto que propiciam uma posição ativa, afetiva e reflexiva das mulheres frente ao processo que estão vivendo.

Sendo assim, o conceito de configuração subjetiva nos permitiu compreender como os processos subjetivos da mulher em relação ao parto, não são apenas uma expressão de sua relação com o parto, mas uma integração de múltiplos processos existenciais da mulher, que aparecem de forma indireta nos sentidos subjetivos gerados no curso dessa configuração subjetiva que emerge e se desenvolve no processo do parto.

Ademais, concluo este trabalho com uma proposta que poderá contribuir para o desenvolvimento de futuros estudos teóricos sobre essa temática e para o processo de humanização ao parto: sabendo que a atenção humanizada ao parto diz respeito a um espaço relacional afetivo entre o profissional e a paciente e também à forma como a mulher se relaciona consigo mesma e com seus espaços sociais, um grupo de mulheres gestantes, em uma rede de atenção primária da saúde, poderia se constituir como um espaço de apoio mútuo e troca de experiências, se configurando assim como um espaço afetivo propício para que elas se posicionem sobre suas concepções a respeito da gestação, do parto e do que atribuem à maternidade.

Referências Bibliográficas

- Amorim, M. M. R., Souza, A. S. R., & Porto, A. M. F. (2010). Cesariana em evidências parte I. *FEMINA*, 38 (9), 415-422.
- Brasil. (2001). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
- Brasil. (2007). *Manual de Comitês de Mortalidade Materna*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf
- Brasil (2013). *Pesquisa Nacional de Saúde: Ciclos de vida. Brasil e Grandes Regiões*. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Retirado de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>
- Brenes, A. C. (1991). História da Parturição no Brasil, Século XIX. *Caderno Saúde Pública*, 7 (2), 135-149.
- Capra, F. (1982). *O Ponto de Mutação: A ciência, a Sociedade e a Cultura emergente*. São Paulo: Cultrix LTDA.
- Cardoso Jr., H. R. (2005). Para que serve uma *subjetividade*? Foucault, Corpo e o Tempo. *Psicologia: Reflexão Crítica*, 18 (3), 343- 349.
- Dias, M. A. B., Domingues, R. M. S. M. (2005). Desafios na implementação de uma política de humanização de assistência hospitalar ao parto. *Ciências & Saúde Coletiva*, 10 (3), 669-705.
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*, 10 (3), 627-637.

- Fleischer, S.R. (2007). *Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará*. (Dissertação de doutorado publicada). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
- Foucault (1984) *História da sexualidade: o uso dos prazeres*. (8a ed.). São Paulo: Graal.
- Foucault (2005). *História da Sexualidade: a vontade de saber*. (16a ed.). São Paulo: Graal.
- Foucault (2008). *Segurança, Território e população*. (1a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault (2014). *Microfísica do Poder*. (28a ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Gaudenzi, P., & Ortega, F. (2011). O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, 16 (40), 243 -256.
- González Rey, F. L. (1997). Psicologia e saúde: desafios atuais. *Psicologia: Reflexão Crítica*, 10 (2), 275-288.
- González Rey, F. (2003). *Sujeito e subjetividade. Uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Thomson.
- González Rey, F. (2004). *Personalidade, saúde e modo de vida*. São Paulo: Thomson Learning.
- González Rey, F. (2011a). *Pesquisa Qualitativa em psicologia*. São Paulo: Cengage Learning.
- González Rey, F. (2011b). *Subjetividade e Saúde: superando a clínica patológica*. São Paulo: Ed. Cortez.
- González Rey, F. (2012). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. (2014). O Sujeito que Aprende. Em M. C. Tacca (Org.). *Aprendizagem e Trabalho pedagógico* (3a ed., pp. 30 -44). Campinas, Sp: Alínea.

- Illich, I. (1975) *A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina*. (4a ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Lemos, F. C. S., Cardoso Junior, H. R., & Alvarez, M. C. (2013). Instituições, confinamento e relações de poder: questões metodológicas no pensamento de Michel Foucault. *Revista Psicologia & Sociedade*, 26 (spe.), 100-106.
- Lemos, F. C. S., & Cardoso Junior, H. R. (2009). A genealogia em Foucault: uma trajetória. *Revista Psicologia & Sociedade*, 21(3), 353-357.
- Kremo, R. S., & Bonilha, A. L. L. (2004). Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 25 (3), 396-407.
- Mori, V. D., & González Rey, F. (2011). Reflexões sobre o social e o individual na experiência do câncer. *Revista Psicologia & Sociedade*, 23 (spe.), 99-108.
- Odent, M. (2002). *O Renascimento do Parto*. (2ª ed.). Florianópolis: Saint Germain.
- Organização Mundial da Saúde. (1996). *Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra. Retirado de:
<http://abenfo.redesindical.com.br/materias.php?subcategoriaId=2&id=56&pagina=1&>
- Parente, R. C. M., Moraes Filho O. B., Rezende Filho J., Bottino N. G., Piragibe P., Lima D. T., Gomes D. O. (2010). A história da cesariana (parte 1). *FEMINA*, 38 (9), 481-486.
- Rattner, D. (2009a). Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 13 (1), 595-602.
- Rattner, D. (2009b). Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 13 (1), 759-768.
- Sanglard, G. (2006). A construção dos espaços de cura no brasil: entre a caridade e a medicalização. *Revista Esboços do Programa de Pós-graduação em História da UFSC*, 13 (16), 11-33.

- Souza, A. S. R., Amorim M. M. R., & Porto, A. M. F. (2010). Cesariana Baseada em Evidências Parte II. *FEMINA*, 38 (9), 459- 468.
- Souza Filho, J.A. (1967). *O ensino da clínica obstétrica na Universidade da Bahia*. Salvador, Ed. da Universidade Federal da Bahia.
- Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M., Lumbiganon, P. Laopaiboon M., Carroli, G., Fawole, B., Ruyan, P., & the WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group (2010). Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse shortterm maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BioMedCentral MEDICINE*, 8 (71), 1-10.
- Villar, J., Carroli, G., Zavaleta, N., Donner, A., Wojdyla, D., Faundes, A., Velazco, A., Bataglia, V., Langer, A., Narváez, A., Valladares, E., Shah, A., Campodónico L, Romero, M., Reynoso, S., de Pádua, K.S., Giordano, D., Kublickas, M., Acosta, A., & World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*, 335 (7628):1025.
- Zugaib, M. (2012). *Zugaib Obstetrícia* (2a ed.). São Paulo: Manole.
- World Health Organization & Human Reproduction Programme. (2015). Statement on Caesarean Section Rates. Retirado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf

Anexos

Anexo A - Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: Produções Subjetivas de duas mães frente suas experiências de parto. Estudo desenvolvido por Juliana Campos Queiroz, discente de Curso de Psicologia do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), como parte integrante da disciplina de Monografia, sob orientação do Professor Dr. Fernando Luís González Rey, visando a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Natureza e objetivo do estudo: Diante do número demasiado de cesarianas no Brasil, país que ocupa o primeiro lugar em tal estatística, percebe-se um excesso de intervenções médicas em referência ao parto, e, em consequência disso, mobilizações sociais de mulheres, contrárias a essa realidade hospitalar, vem sendo construídas. Essa pesquisa tem como objetivo geral compreender produções subjetivas de duas mães em relação às diferentes formas de parto, levando em conta esses distintos espaços sociais.

Procedimento do Estudo: Os encontros serão realizados em locais que podem variar de acordo com sua facilidade de locomoção. Sua participação consiste em alguns encontros realizados pela pesquisadora em graduação dessa pesquisa, de acordo com a sua disponibilidade, em um espaço de tempo de 15 dias. A duração dos encontros será de aproximadamente 1h à 3h. Será utilizado um gravador, durante os encontros, para posterior transcrição e análise das conversas. Esse procedimento poderá ser retirado se lhe causar algum incômodo. No primeiro encontro será entregue esse termo de consentimento e consistirá na dinâmica conversacional, um diálogo interativo entre participante e pesquisador, que se desenvolverá com conversas sobre seus partos, sua história de vida e aspectos do seu

contexto social e familiar. No segundo encontro, será entregue um complemento de frases, instrumento que expõe indutores gerais escolhidos pelo pesquisador sobre diversos aspectos de vida, a partir dos quais você construirá suas frases. Após esse preenchimento, acontecerá um diálogo entre você e o pesquisador sobre essas frases. No terceiro encontro será aplicado um questionário aberto, seguido de dinâmica conversacional, um diálogo entre a participante e a pesquisadora. Outros encontros poderão ser agendados se for necessário para o desenvolvimento da pesquisa.

Benefícios e riscos: Este estudo apresenta a probabilidade de ocorrência de riscos mínimos: risco de recordar, durante os encontros, de algum aspecto da sua vida que provocou sofrimento e, por isso, causar alguma alteração emocional e algum tipo de constrangimento para expor-se no momento da pesquisa. Devido à possibilidade de riscos, será respeitada sua escolha de não se aprofundar em temas que te provoquem sofrimento. Destaco que caso a conversa gere sofrimento, estarei disponível para acolhê-la e escutá-la e, se preciso, buscarei o auxílio do professor orientador da disciplina, na necessidade de encaminhar para o Centro de Formação de Psicólogos do Uniceub (CENFOR), que presta atendimento psicológico à comunidade. E, ressalto que, desde o início dos encontros, medidas preventivas serão tomadas visando minimizar qualquer risco ou incômodo.

- Quanto aos benefícios, sua participação poderá ajudar no maior conhecimento científico sobre a compreensão dialética entre produção subjetiva de mulheres em relação ao parto e a medicalização e a atenção humanizada do mesmo. Além disso, esse estudo pode levar a uma reflexão de âmbito social e pessoal sobre a medicalização do parto e sobre a atenção humanizada ao parto.

Sigilo e liberdade: Você pode se recusar a participar ou abandonar o consentimento a qualquer instante durante a pesquisa, pois sua participação é voluntária, sem penalidades caso

ocorra à desistência. Suas informações e identidade serão mantidas em sigilo. Como os objetivos dessa pesquisa são acadêmicos, os resultados poderão ser utilizados para fins de divulgação científica em congressos, em dissertações e em artigos, e para isso, todas as informações serão alteradas por nomes e dados fictícios, resguardando o sigilo.

Esclarecimento: no caso de quaisquer dúvidas quanto à pesquisa, você tem o direito de entrar em contato com a pesquisadora Juliana Campos Queiroz pelo e-mail e telefone, e, se necessário, pelo e-mail do Professor Orientador. E, em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniCEUB. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep).

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas por você e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Eu _____RG_____, fui esclarecida do objetivo, justificativa, riscos, benefícios e procedimentos da pesquisa. Estando ciente que tenho toda a liberdade de reincidir o consentimento sem nenhum tipo de danos para mim e que todos os meus dados se manterão em sigilo. Sendo meu direito entrar em contato com o pesquisador para o esclarecimento de qualquer tipo de dúvida quanto à pesquisa. Assim, concordo, voluntariamente, em participar da pesquisa.

Assinatura do Sujeito Participante

Juliana Campos Queiroz

Fernando Luís González Rey

Brasília, _____ de _____ de 2016.

Juliana Campos Queiroz

Email: ju591_@hotmail.com

Telefone: (61) 9997-2471

Fernando Luís González Rey

Email: gonzalez_rey49@hotmail.com

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Anexo B - Complementos de Frases

1. Meu primeiro parto
2. O meu maior medo
3. Meu último parto
4. O momento mais feliz
5. Ser mãe
6. Eu preferiria
7. Muitas vezes penso
8. Esperaram que eu
9. Tenho saudades
10. O mais importante
11. Meu marido
12. O meu lugar

Anexo C - Questionário

- 1) Que significado o parir tem para sua vida?
- 2) Suas experiências de parto foram humanizadas?
- 3) Você se sente sempre uma boa mãe?
- 4) O que você deseja para os seus filhos no futuro?
- 5) E, o que você deseja para você?

