

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS**

MARTA PEREIRA MILITÃO DA SILVA

**SIGNIFICADOS DA MATERNIDADE:
UM OLHAR ANTROPOLÓGICO SOBRE A EXPERIÊNCIA DO PÓS-PARTO**

**GUARULHOS
2016**

MARTA PEREIRA MILITÃO DA SILVA

**SIGNIFICADOS DA MATERNIDADE:
UM OLHAR ANTROPÓLOGICO SOBRE A EXPERIÊNCIA DO PÓS-PARTO**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Corpo, Sexualidade e Práticas Simbólicas

Orientadora: Cynthia Andersen Sarti

**GUARULHOS
2016**

Silva, Marta Pereira Militão da.

Significados da Maternidade: um olhar antropológico sobre a experiência do pós-parto / Marta Pereira Militão da Silva. Guarulhos, 2016.

1 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, 2016.

Orientadora: Cynthia Andersen Sarti.

Título em inglês: Meanings of Motherhood: an anthropological view at postpartum experience

1. Maternidade. 2. Pós-parto. 3. Experiência do parto.
I. Significados da Maternidade: um olhar antropológico sobre a experiência do pós-parto.

MARTA PEREIRA MILITÃO DA SILVA

**SIGNIFICADOS DA MATERNIDADE:
um olhar antropológico sobre a experiência do pós-parto**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Área de concentração: Corpo, Sexualidade e Práticas Simbólicas

Aprovação: ____/____/____

Profa. Dra. Cynthia Andersen Sarti
Universidade Federal de São Paulo

Profa. Dra. Guita Grin Debert
Universidade Estadual de Campinas

Profa. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão
Universidade de São Paulo

Ao Diego e à Manuela.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela bolsa de Mestrado concedida.

À Cynthia Sarti, pela generosidade, paciência e sensibilidade com as quais conduziu a relação de orientação. Serei eternamente grata pelo aprendizado desses últimos anos e pela amizade que surgiu desse processo.

Às professoras Guita Grin Debert e Márcia Thereza Couto Falcão, por participaram do Exame de Qualificação e propiciarem reflexões que se mostraram importantíssimas para o desenvolvimento dessa dissertação.

Aos colegas do Programa de Mestrado, especialmente Karlene, Roni e Alessandra Guerra, pela amizade que surgiu ao longo dos últimos tempos.

Às queridas amigas Carolina, Leandra, Elaine e Malu, pela colaboração e incentivo constantes e pelo apoio em momentos importantes da elaboração deste trabalho.

À minha sogra, Inês Cortes, por todo o afeto oferecido ao longo dos anos em que nos conhecemos e, especialmente, pelo cuidado dispensado à Manuela e a mim nos últimos meses.

Aos meus queridos pais Maria Tereza e Jair. São tantos os motivos de agradecimento que não caberiam nesse espaço. Agradeço pelo amor e apoio incondicionais, pelo exemplo de vida e por terem me transmitido o amor pelos estudos, sem o qual esse trabalho não teria sido realizado.

Ao Diego e à Manuela, meus companheiros de vida. Agradeço todo amor, incentivo, consolo e carinho que me dão diariamente e incondicionalmente. Meu amor por vocês é infinito.

Por fim, gostaria de agradecer a todas as mulheres que se dispuseram a participar dessa pesquisa. Agradeço profundamente a disponibilidade e a sinceridade com que abriram seus corações e dividiram as tristezas, surpresas e alegrias do puerpério.

RESUMO

O presente trabalho buscou compreender os sentidos atribuídos à maternidade, por mulheres das camadas médias da cidade de São Paulo, a partir da experiência do pós-parto. Para tal, foram realizadas entrevistas em profundidade com nove mulheres do perfil acima indicado, a análise de treze relatos de pós-parto disponíveis na *internet* e a etnografia de duas comunidades de discussão *online*. O pós-parto foi definido, a partir da etnografia empreendida, como um período de transição pelo qual a mulher passa ao se tornar mãe, sendo sua duração variável e determinada por cada mulher. À luz do puerpério, o alto grau de troca de informações e compartilhamento de experiências entre mães na *internet*, a vivência do parto, a prática da amamentação, a sensação de solidão e o cansaço físico se mostraram como elementos marcantes da experiência contemporânea da maternidade. Os significados atribuídos à maternidade também passam pelos padrões sociais associados ao ser mãe.

Palavras-chave: Maternidade. Pós-parto. Experiência do parto.

ABSTRACT

This study aimed to understand the meanings attributed to motherhood, by women of the middle class of the city of São Paulo, in light of postpartum experience. To this end, interviews in depth with nine women of the described profile, the analysis of thirteen postpartum narratives available on the internet and the ethnography of two online discussion communities were conducted. The postpartum period was defined as a period of transition in which a woman goes to become a mother, and its variable duration is determined by each woman. In light of the postpartum period, the high degree of exchange of information and sharing of experiences among mothers on the internet, labor experience, the practice of breastfeeding, the feeling of loneliness and physical fatigue were shown as outstanding elements of the contemporary experience of motherhood. The meanings attributed to motherhood also pass through the social patterns associated with being a mother.

Keywords: Maternity. Postpartum. Childbirth experience

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
Por que o pós-parto?.....	18
CAPÍTULO 1. ESCOLHAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS.....	21
1.1 Escolha do material etnográfico.....	21
1.2 Apresentação dos resultados etnográficos.....	28
1.3 A noção de experiência.....	29
1.4 A noção de circuito.....	33
1.5 Nomenclatura dos partos.....	34
CAPÍTULO 2.O PARTO.....	37
2.1 A polarização do debate parto normal x cesárea.....	40
A discussão sobre o parto nas comunidades do Facebook.....	40
A construção das referências: parto no SUS x parto de princesa.....	45
2.2 O parto para as entrevistadas.....	49
A chegada da gravidez.....	49
A escolha do parto.....	50
Parto ou gestação como projeto.....	53
CAPÍTULO 3.O PÓS-PARTO.....	56
3.1 O pós-parto das entrevistadas.....	56
3.2 Expectativas x realidade: <i>O que ninguém conta pra gente</i>	58
3.3 Formas de <i>cura</i> e superação nos relatos do pós-parto.....	60
3.4 A amamentação.....	67
CAPÍTULO 4. FAMÍLIA, VOLTA AO TRABALHO E TAREFAS DE CUIDADO.....	82
4.1 Relações familiares.....	82
4.2 Grupos de apoio.....	85
4.3 O casal após o nascimento dos filhos.....	90
4.4 A volta ao trabalho e as tarefas de cuidado.....	94
4.5 As dificuldades do puerpério.....	99
4.6 Afinal, quando termina o pós-parto?.....	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107

APÊNDICE: ROTEIRO DAS ENTREVISTAS.....	111
ANEXO: PARECER DO COMMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	113

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema desta pesquisa surgiu a partir de minha experiência de viver o processo, que se iniciou em 2011, de gestação, parto e pós-parto de minha filha. Descreverei brevemente minha vivência pessoal, pois acredito que esta pode ilustrar o universo no qual pretendo adentrar ao longo desta dissertação, além de explicitar o lugar do qual falo nesse trabalho.

Logo no início da gestação, buscando um local para prática de Yoga para gestantes, conheci um espaço¹ que promove palestras e cursos sobre gestação, parto e pós-parto sob uma perspectiva do movimento de humanização do nascimento². Participei de alguns encontros promovidos pelo grupo e alguns temas abordados no âmbito desses encontros como a dor no parto³ e o **pós-parto**, captaram minha atenção como gestante, e como cientista social, pela maneira diferente, em relação às minhas referências, sob a qual foram abordados.

Em relação ao pós-parto foi-nos apresentado um cenário de dificuldades: falou-se das adversidades da amamentação, das implicações da falta de sono, das mudanças na vida sexual do casal, das interferências familiares, enfim, a mensagem principal foi a de que nos preparássemos pois seria um período muito, muito difícil. Nesse encontro recebi a indicação de leitura do livro “A maternidade e o encontro com a própria sombra”, da psicóloga argentina Laura Gutman (2010). Por meio deste livro tive contato com a categoria *puerpério* como algo diferente de resguardo, ou quarentena, categorias que em meu entendimento estavam ligadas apenas ao período necessário à recuperação física da mulher após o parto. Para a autora, o *puerpério* é o período em que a mãe está em estado de fusão emocional com o bebê, que corresponderia ao período em que a criança ainda não se vê separada da mãe. Esse período duraria aproximadamente dois anos, o tempo necessário para criança dizer *eu*, isto é, ver-se como um ser separado da mãe.

¹ Grupo de Apoio da Maternidade Ativa- GAMA

² Por parto humanizado entende-se aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado (Carneiro, 2011). Mais à frente esse termo será melhor explicitado.

³ A palestrante dizia ser necessário aprender separar a dor e o sofrimento para que fosse possível vivenciar um parto de forma “natural”. Ou seja, no parto viveríamos a dor física, mas não o sofrimento, pois este seria uma interpretação dada à dor. Caso rompêssemos essa correspondência seria possível passar bem pelo processo de parto normal/vaginal de forma “natural”.

Eu também havia optado pelo atendimento de uma equipe de profissionais “humanizados” para o acompanhamento de minha gestação e parto e assim, tive a possibilidade de vivenciar o chamado “parto humanizado”. Essa escolha abriu-me as portas para o universo do movimento de humanização do nascimento⁴: os debates sobre violência obstétrica, as discussões sobre as formas de se vir ao mundo, o universo de doulas, ativistas, mães blogueiras⁵, grupos de apoio virtuais, listas de discussão, enfim, todo esse cenário que tentarei caracterizar ao longo de minha dissertação.

Durante meu período de gestação e pós-parto participei de listas de discussões virtuais, de reuniões em diversos grupos de apoio (ao pós-parto, à introdução alimentar), da tentativa de formação de um grupo de empreendedorismo materno. Também fui atendida por profissionais de atividades antes desconhecidas por mim, como uma doula de pós-parto e uma consultora de carregadores de bebê.

Acompanhei diversos blogs e sites sobre maternidade e percebia que o *puerpério* ia se firmando como um termo recorrente, pelo menos nas mídias ligadas a esse universo da humanização do parto. Em setembro de 2012, participei de um encontro com Laura Gutman em São Paulo⁶. A divulgação prévia do evento e sua posterior repercussão na “blogosfera materna⁷” contribuíram para a visibilidade de suas ideias sobre maternidade, amamentação e *puerpério*. No segundo semestre de 2012, o Movimento pela humanização do parto ganhou visibilidade com as *Marchas do parto em casa*⁸ e *Marcha pela humanização do nascimento*⁹, que ocorreram em diversas capitais do país.

Pouco depois desse período ingressei no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UNIFESP, onde propus como objetivos iniciais da pesquisa de mestrado

⁴ Refere-se ao movimento surgido na década de 1990, formado inicialmente por profissionais da área da saúde, que propunha novas formas de atenção ao nascimento.

⁵ Blogs, ou blogues, são páginas de internet regularmente atualizadas, que contém textos organizados, em geral, de forma cronológica, com conteúdos diversos (diário pessoal, comentário e discussão sobre um dado tema) e que geralmente contém links para outras páginas. Os blogs, em geral, permitem que seus leitores façam comentários ao texto. Consultado em Infopédia [online]. Porto: Porto Editora, 2003-2014. Disponível na [www: <URL: http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/blogue?jsessionid=mMJi7QHFP1MA0yHWqfdu1Q](http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/blogue?jsessionid=mMJi7QHFP1MA0yHWqfdu1Q). Consultado em 15 janeiro de 2014.

⁶ O evento foi organizado por mães blogueiras e contou com a presença de aproximadamente 250 pessoas

⁷ Blogosfera Materna é o nome dado ao conjunto de blogs que tratam da temática da maternidade.

⁸ <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2012/06/15/mulheres-organizam-marcha-em-mais-de-20-cidades-pelo-direito-de-fazer-parto-em-casa.htm>. Acessado em 23 de abril 2015.

⁹ <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2012/08/05/marcha-pelo-parto-humanizado-reunem-centenas-no-rio-de-janeiro.htm>. Acessado em 23 de abril 2015

compreender como as mulheres que se tornavam mães configuravam suas redes de apoio no pós-parto.

Esse recorte específico adveio de leituras com as quais me deparei ao empreender a revisão bibliográfica sobre pós-parto e antropologia. Logo no início da pesquisa, ao pesquisar sobre o termo pós-parto em ferramentas de busca, apareciam imediatamente informações relativas à depressão pós-parto. Havia um grande número de artigos científicos que discutiam a alta incidência de depressão pós-parto nos países industrializados relacionando-a a fatores sociais. Dentre os artigos antropológicos, destacava-se o estudo *Multi-disciplinary perspectives on pos-partum depression: An anthropological critique* (STERN, G., & KRUCKMAN, L, 1983), que empreendeu uma revisão da literatura antropológica sobre parto e pós-parto em culturas não ocidentais disponíveis à época e observou a pouca ocorrência de depressão pós-parto nos grupos pesquisados, em contraste com os altos índices de incidência de depressão pós-parto e *blues*¹⁰ nos Estados Unidos. Os pesquisadores observaram através desses estudos comparativos que nas culturas não ocidentais estudadas existiam seis características comuns ao período do pós-parto: reconhecimento cultural do pós-parto como um momento particular, medidas de proteção concebidas para refletir a vulnerabilidade da nova mãe, o afastamento das atividades sociais; o descanso obrigatório, a assistência de parentes e/ou parteira na realização de tarefas, e o reconhecimento social do novo status social através de rituais, presentes ou outros meios. E concluíram que a vivência de depressão nos Estados Unidos poderia resultar da falta de estruturação social dos eventos do pós-parto, falta de reconhecimento social da transição de papel para a nova mãe e falta de apoio e ajuda prática para a nova mãe. Outro estudo, de Oates et al. (2004), buscando verificar se a depressão pós-parto era um fenômeno com taxas similares em diferentes países, concluiu que, embora nos 11 países pesquisados houvesse um sentimento de infelicidade após o nascimento comparável à depressão pós-parto, nem todos viam essa condição como uma doença remediável por intervenções de profissionais da saúde. Ou seja, o sentido atribuído a essa condição de tristeza após o parto, chamada de "depressão pós-parto", variava de sociedade para sociedade, envolvendo as particularidades culturais de cada uma.

O levantamento bibliográfico inicial indicava alguns pontos em comum entre as visões sobre o pós-parto, nas diferentes áreas do conhecimento: a saúde, a psicologia e a antropologia.

¹⁰ *Blues* refere-se a um período de melancolia, tristeza e fortes alterações de humor que dura algumas semanas após o parto mas que não se configura como depressão pós-parto.

O primeiro era o reconhecimento de que o período após o parto poderia ser visto como um período de vulnerabilidade (emocional e/ou física) para a mulher. O segundo era a importância da existência de uma rede de apoio à mulher no período do puerpério, que tornaria mais tranquilo o período de transição. No entanto, era possível verificar que a própria definição do que seria o período do pós-parto não estava claramente fixada. O que era “normal” em relação a esse momento da vida das mulheres? Quem eram as mulheres fadadas à depressão após o nascimento de seus filhos?

As questões que surgiram nesse momento da leitura levaram-me a buscar uma bibliografia que ajudasse a compreender como os padrões de maternidade atuais chegaram a ser o que são. Em outras palavras, buscava entender a categoria maternidade como construção histórica, social e cultural.

Knibiehler (2000) faz uma síntese da história da maternidade no Ocidente, destacando inclusive o uso da nomenclatura. Na antiguidade, escreve a autora, a palavra “maternidade” não existia em grego nem em latim, o que não impedia que a função materna estivesse muito presente na mitologia com a figura arquetípica da mãe marcada pelos sacrifícios e ao mesmo tempo pelo poder conferido por seu destino de reproduzir a humanidade. No século XII, surge o termo *maternitas*, acompanhado pela criação, por parte dos clérigos, do termo *paternitas*, que o utilizaram para caracterizar a função da Igreja, no mesmo momento em que o culto a Nossa Senhora tem grande expansão. A autora entende que o papel educativo da mãe começa a tomar forma nesse momento, determinado pela Igreja, como se houvesse a necessidade de reconhecer uma dimensão espiritual da maternidade sem deixar de depreciar a maternidade carnal de Eva. No Iluminismo, a maternidade espiritual e a carnal parecem se aproximar, segundo Knibiehler, começando a se formular o modelo da “boa mãe”, submissa ao pai, mas valorizada pela criação dos filhos. Começa a ser construída a ideia do **amor materno** como um elemento indispensável para o recém-nascido, que vai se transformando em um valor e, ao mesmo tempo, em uma boa conduta. A função educativa passa a ser marcada pela relação afetiva e a função materna “absorve a individualidade da mulher”, identificando a mulher à mãe, enquanto se define a separação dos papéis da mãe e do pai em relação às tarefas de educação e manutenção da prole. A glorificação do amor materno, construída por forte influência da abordagem rousseaniana teria se desenvolvido ao longo do século XIX até os anos 60 do século XX, de acordo com a autora.

Badinter (1985) centra seus estudos nas práticas de maternidade na França nos séculos XVII ao XX, e tal como Knibiehler, contradiz a crença de que a maternidade e o amor que a

acompanha estejam inscritos na “natureza feminina”, assim como a crença de que as mulheres estejam “feitas” para serem mães. Para ela, não se pode afirmar que o amor materno exista em todas as mães nem que a espécie humana sobreviva graças a esse amor. Não é esse “amor” (que não é inato e vai sendo adquirido a partir dos dias passados junto ao filho e dos cuidados oferecidos ao bebê) que faria com que a mulher cumprisse com seus “deveres de mãe” e sim a moral, os valores sociais nos quais se inscrevem o sentido e o desejo da mãe.

Giddens (1993) também observa que, no final do século XVIII, houve um conjunto de influências que contribuíram para o que chama de “invenção da maternidade”: o surgimento da ideia de amor romântico, a criação do lar e a modificação das relações entre pais e filhos, com um declínio do poder patriarcal e um controle maior das mulheres sobre a criação dos filhos; havendo, a partir desse período uma forte associação da maternidade com a feminilidade.

Elias (1990), com seu trabalho *A Civilização dos Pais*, também contribuiu para alargar o entendimento de que os processos que envolvem as relações entre pais e filhos, entre famílias e sociedade se desenrolam ao longo de largos períodos e estão sempre em curso. Elias identifica que o surgimento da noção de infância, ou a “descoberta da infância”, nos termos do historiador Philippe Ariès (2006), durante o período do século XIV ao século XVI, foi um marco que modificou a direção do processo da relação entre pais e filhos, antes primordialmente uma relação de dominação dos pais sobre os filhos. A criação de instituições, principalmente a criação da escola na modernidade, fez com que a família não fosse mais a única instituição que se encarregava da educação dos filhos, e se instalou a preocupação dos pais por sua educação, tirando as crianças da “sociedade dos adultos”.

As mudanças nas condições de moradia, com a atribuição de quartos separados para as crianças, a partir dos séculos XVI e XVII para os setores socialmente mais favorecidos, também contribuiu para marcar um distanciamento entre pais e filhos. Na Idade Média era normal dormir com os filhos. A existência de quartos para as crianças nas camadas sociais mais baixas foi sendo imposta gradualmente ao longo do século XX. A inclusão de banheiros nas moradias, dando maior privacidade aos membros da família em relação a suas necessidades fisiológicas, favorecendo novas formas de controle sobre os corpos, também abriu espaço para os sentimentos de pudor e vergonha.

Para Elias, a estrutura da família - a forma socialmente dada da relação entre marido, mulher e filhos - modifica-se em relação e em correspondência com as mudanças que a sociedade mais ampla, da qual faz parte experimenta. Elias identificou como tendência uma transferência de muitas funções anteriormente exclusivas da família para instituições, estatais

ou não. A diminuição da violência física de pais para com os filhos e o relaxamento das regras tradicionais no tratamento entre gerações também seriam características desse processo, fazendo com que as principais funções da família (já no século XX), fossem de caráter emocional e afetivo, “um local de ancoragem emocional” entre os indivíduos que compõem a família.

No Brasil, estudos como o de Freire (2008) mostram que a construção da maternidade como função primordial das mulheres adquiriu características singulares no país, visto que o projeto modernizador republicano depositava na criação das crianças sua esperança para a viabilidade da nação. Ainda que vinculada à natureza feminina, segundo a autora, o exercício da maternidade adquiriu um caráter que ultrapassou a esfera doméstica e adquiriu um caráter de função pública e missão patriótica. Dentre os vários agentes que participaram desse processo, estavam os médicos, que fortaleceram seu papel por meio da condenação do exercício tradicional da maternidade, valendo-se da ciência e dos princípios do sanitarismo para a conformação de um novo modelo de maternidade, a “maternidade científica”, e um novo papel feminino, o da “mãe moderna”. Os médicos puericultores argumentavam que apenas o amor não era suficiente para uma boa formação e educação dos filhos, que estas deveriam se basear nas verdades técnicas e científicas das quais eles eram os portadores. Esse modelo teria sido gestado no início do século XX, até a década de 1920.

Já o estudo de Martins (2008) mostra que nos anos subsequentes, das décadas de 1930 a 1960, esse processo teria seguido seu curso culminando com o modelo da mãe-enfermeira, isto é, a mãe que seguia os conselhos dos médicos baseados nas últimas descobertas da puericultura. De acordo com a autora, as primeiras mulheres a receberem as orientações e conselhos foram as mulheres letradas e as das classes privilegiadas; no entanto, para suprir a demanda das mães das classes menos abastadas, mas que tinham acesso à leitura e à escrita, os médicos puericultores passaram a escrever livros em linguagem mais simples e a responder cartas que mães escreviam para as seções de dúvidas dos jornais e revistas da época. Tal difusão dos conhecimentos científicos da infância teriam contribuído para a legitimação da autoridade do médico especialista em crianças e para a desqualificação das práticas e saberes maternos transmitidos pelas mães, sogras, vizinhas consideradas nocivas às crianças e fundadas na ignorância.

Através da literatura apresentada até o momento, é possível observar que os padrões de maternidade variaram bastante ao longo do tempo e dependendo da sociedade em questão. Essas diferentes concepções sobre a mulher e a maternidade, que delinearão as transformações nos modelos familiares, foram objeto da reflexão feminista ao longo do século XX. Ao buscar

compreender os mecanismos culturais que produziam as desigualdades entre os sexos, as feministas identificaram que a maternidade era o elemento central dessa relação.

De acordo com Scavone (2001a), existem três momentos distintos no pensamento feminista acerca da maternidade. Em um primeiro momento, entre os anos 50 e 70 do século XX, a maternidade é vista como a principal fonte da dominação masculina. A maternidade é encarada como um “defeito natural” (*handicap*) que confinaria as mulheres a uma “bioclasse” e a recusa à maternidade seria uma das formas das mulheres atingirem uma maior realização de suas potencialidades. As reivindicações nesse período giravam em torno do direito à contracepção livre e gratuita e do direito ao aborto, o que possibilitaria a maternidade como livre escolha.

Em um segundo momento, no final da década de 70 e ao longo dos anos 80 do século XX, a maternidade passa a ser vista “como um poder insubstituível, o qual só as mulheres possuem e os homens invejam” e ocorre a negação da maternidade como *handicap*. Essa fase está situada na corrente do feminismo denominada diferencialista, que centra sua luta pela afirmação das diferenças e da identidade feminina. Nessa fase, o feminismo entra em diálogo com as ciências sociais, em particular com a história e a antropologia, analisando, por exemplo, manifestações culturais que resgatam a ideia do saber feminino associado à maternidade, dando visibilidade “ao poder que as mulheres exercem na sociedade mediante este fenômeno bio-psico-social que é a maternidade”.

No terceiro momento, situado a partir de meados dos anos 80 do século XX, há “uma desconstrução do *handicap* natural” (SCAVONE. 2001a: 141), isto é, compreende-se que a determinação da posição social das mulheres é dada pelas relações de dominação que atribuem um sentido à maternidade, e não pelo fato biológico em si. Com a entrada do conceito de gênero nas Ciências Sociais a autora aponta que foi possível alcançar uma compreensão relacional da maternidade ao se discutir também a paternidade, no sentido biológico e social do termo. Isso permitiu que a maternidade fosse abordada “tanto como um símbolo, de um ideal de realização feminina, como também símbolo da opressão das mulheres, ou símbolo de poder as mulheres e assim por diante, evidenciando as inúmeras possibilidades de interpretação de um mesmo símbolo”. (SCAVONE op.cit:142).

Dentre as inúmeras possibilidades da maternidade, a vivência desta **como uma escolha** é um fenômeno que foi sendo consolidado ao longo do século XX. A expansão do trabalho remunerado da mulher e a difusão da pílula anticoncepcional, que permitiu à mulher separar sexualidade de reprodução, contribuíram de forma decisiva para as mudanças nas bases dos

modelos de família. As novas tecnologias no campo da reprodução assistida fortalecem o caráter da maternidade como escolha, embora autores como Luna (2007) e Strathern (1995) argumentem que o avanço nessa área tem reforçado a maternidade como valor social, o modelo de família conjugal e a manutenção dos padrões das relações de gênero. Strathern ao analisar as transformações advindas das novas tecnologias reprodutivas sustenta que:

“As práticas conceptivas separam sexo de procriação mas não procriação de sexo; as tecnologias reprodutivas mais recentes separam procriação de sexo — pelo menos no que se refere a fertilização e implantação de embrião. Mas (...) no que se refere a definição de pais certamente não separaram procriação de relações de gênero.” (Strathern, 1995:328).

A autora enfatiza, assim, o caráter relacional dos arranjos de parentesco argumentando que o forte papel atribuído à biologia no tocante à reprodução humana é uma das características do sistema classificatório das relações de parentesco euro-americanas. Isto é, a biologia entra como elemento importante no modelo explicativo sobre procriação euro-americano, moldando as relações de gênero nas quais se fundam os vínculos familiares.

Nesse sentido, os estudos antropológicos sobre família e parentesco, ao “desuniversalizar” o modelo familiar de nossa sociedade, fornecem referenciais para iluminar os sentidos e as relações construídas pela mulher, durante sua vivência enquanto mãe, e a posição que **a figura da mãe** ocupa nas diferentes estruturas e modelos familiares existentes, bastante marcados pelas diferenças sociais.

Sarti (2011) mostra, por exemplo, que em famílias de camadas pobres, quando há instabilidades como separações, mortes ou dificuldades econômicas, as crianças passam a ser de responsabilidade de toda a rede de sociabilidade na qual a família está inserida, e não apenas dos pais. Apoiando-se no trabalho de Fonseca (1995), a autora afirma que “há uma coletivização das responsabilidades pelas crianças dentro do grupo de parentesco, caracterizando uma ‘circulação de crianças’”. Essa prática popular inscreve-se dentro da lógica de obrigações morais que caracteriza a rede de parentesco entre os pobres. Essa prática seria “um divisor de águas entre aqueles indivíduos em ascensão que adotam valores de classe média e aqueles que, apesar de uma existência mais confortável, permanecem ligados à cultura familiar” (SARTI, 2011:79). Sendo que os valores adotados pelas camadas médias seriam àqueles ligados ao individualismo e ao igualitarismo (VELHO, 2009).

Os valores adotados em relação à família nas camadas médias foram retratados por Salem (2007) em sua pesquisa sobre o “casal grávido” (CG) nos anos 1980. A figura do casal

grávido emerge desse contexto de camadas médias e compartilha de valores específicos, distintos dos das camadas pobres. Para autora, o casal grávido pode ser entendido como uma “experiência ética sintetizadora” que articula três princípios: o da “*psicologicidade*, que pressupõe a representação do indivíduo como um ser psicológico; o da *igualdade*, que expressa a aversão a ordenamentos hierárquicos; e o da *mudança*, que seria categoria pela qual o casal avalia e classifica o mundo à sua volta. (SALEM op.cit:26)

Como o interesse dessa pesquisa partiu de minha vivência de um “parto humanizado”, que se assemelha bastante às práticas adotadas pelos “casais grávidos” estudados por Salem, comecei a visualizar que as questões que eu desejava compreender na pesquisa teriam respostas distintas dependendo do grupo social escolhido. As movimentações, iniciativas e debates liderados por mães que eu desejava estudar pareciam ter como participantes, em sua maioria, mulheres escolarizadas, com acesso amplo aos meios de comunicação e recursos para se dedicarem à reflexão sobre suas práticas; e que pareciam viver a realidade da maternidade como escolha, compondo o universo identificado por Salem como de camadas médias.

Embora o número de filhos por família tenha caído drasticamente de 6,16, na década de 1940, para 1,9 em 2010 (IBGE, 2010), a literatura tem demonstrado que a maternidade não perdeu a importância na vida das mulheres, embora tenha deixado de ser um “destino inevitável”. Ela passa a ser vivida como um *projeto*¹¹ (aliás, de grande centralidade na vida de muitas) que demanda planejamento e grande dedicação por parte da mulher. Essas mudanças implicam ressignificação da maternidade, que se mantém, no entanto, como valor social em todas as camadas sociais.

Um dado relevante na formulação do “projeto” de ser mãe diz respeito à legislação trabalhista no que se refere à maternidade. No Brasil, a licença maternidade dura quatro meses, podendo ser estendida a seis meses; enquanto que a licença paternidade dura apenas cinco dias¹². Essa situação indica que se vive em um cenário no qual a divisão de responsabilidade

11 Nos termos entendidos por Velho (2009:12), como uma “conduta organizada para atingir finalidades específicas”.

12 A licença maternidade no Brasil é de 4 meses podendo ser estendida a 6 meses em empresas que aderirem ao Programa Empresa Cidadã, que prevê o abatimento de impostos no caso de prorrogarem a licença de suas funcionárias por mais 60 dias, além dos 120 de direito. Contam com licença maternidade de 6 meses servidoras públicas federais e servidores públicos de diversos Estados e Municípios do país. Ver: <http://www.receita.fazenda.gov.br/pessoajuridica/empresacidadada/default.htm>

entre pais e mães demonstra que é a mulher quem recebe os maiores encargos em relação aos cuidados dos filhos, pelo menos nos primeiros momentos da vida destes.

Uma característica da vivência da maternidade nos dias atuais, como ilustrei com minha própria situação, é o amplo acesso à informação através da Internet. Uma mulher que decide ser mãe hoje encontra informações sobre a preparação para a gestação, a gestação propriamente dita, o parto, cuidados do pós-parto, formas diferentes de criação dos filhos, padrões de desenvolvimento infantil e até sobre tipos de fralda. Existem também diversos fóruns de discussão *online*, comunidades em redes sociais como o *Facebook*, redes sociais específicas para mães, além de milhares de *blogs* sobre assuntos ligados à maternidade e, sobretudo, à experiência da maternidade.

A troca de informações entre mães e o compartilhamento de vivências é uma das características mais marcantes desses meios de comunicação, evidenciando o modo atual de vivenciar a maternidade. Nesses espaços é possível observar como se desenvolvem as discussões sobre tópicos ligados à maternidade e identificar as posições tomadas pelas participantes em debates, as disputas em torno do sentido de certos termos e as concepções sobre o que é ser mãe. Na dissertação *Mulheres Mamíferas: Práticas de Maternidade Ativa*, Mariana Pulhez (2015) apresentou bem o cenário da chamada “blogosfera materna”, trabalhando com os temas recorrentes ligados às práticas de “maternidade ativa”.

Nessas diversas plataformas¹³, os dilemas entre trabalho e maternidade, as dificuldades de se criar os filhos, as tristezas e alegrias da maternidade, são descritos em textos elaborados, comentados e compartilhados, em sua maioria, por mulheres que também são mães. As questões relatadas de forma recorrente pelas mulheres, as referências mencionadas e a linguagem utilizada também indicavam um perfil de mulheres que pertencem ao universo simbólico das camadas médias e assim, a opção por trabalhar esse público foi se definindo.

Por que o pós-parto?

Considero o período pós-parto rico para compreender a experiência da maternidade, sobretudo, por ser considerado um período de transição, ou de liminaridade no sentido de Turner (1974). Embora alguns estudos antropológicos como o de Rezende (2014) tenham identificado que, no contexto brasileiro, a experiência da maternidade para a mulher se inicia

¹³ *Facebook, blogs, sites, listas de discussão.*

com a gestação, é após o parto que a mulher se depara com uma vivência concreta do ser mãe. Nesse momento ela já está mais distanciada das idealizações sobre o parto e sobre a chegada do bebê na família. Todas as informações adquiridas na gestação e as decisões tomadas previamente sobre como criar filhos precisam ser testadas e aplicadas na prática, com o bebê já em seus braços. Por ser um período de transição, a mulher consegue olhar para suas práticas sem a cristalização da cotidianidade; o cenário ainda está em aberto para mudanças de rumo e experimentações. Um casal que idealizava, por exemplo, uma divisão igualitária das tarefas do cuidado com o bebê, pode se deparar com o fato da criança passar a maior parte de seu tempo no colo da mãe sendo amamentada, gerando a necessidade de um arranjo diferente do planejado durante a gestação. Ou ainda, se imaginavam cuidar do bebê sem ajuda de familiares, podem se encontrar na posição de precisarem de ajuda, isto é, nenhuma decisão é definitiva no tocante aos arranjos familiares, implicando revisões e rearranjos diante de situações inesperadas.

Outro elemento que me incentiva a estudar esse período é ter me deparado, durante o trabalho de campo, inúmeras vezes com a frase, escrita ou falada, *isso ninguém conta para a gente*,¹⁴ em referência às descobertas do período pós-parto. As mulheres se queixam de que *ninguém contou* sobre as possíveis dificuldades com a amamentação, *ninguém contou* sobre o quão difícil seria ficar em casa sozinha com o bebê, *ninguém contou* sobre a falta de desejo sexual, apesar de todas as informações a que elas tiveram acesso. Esse seria o outro lado da maternidade, o da prática, sobre o qual *ninguém fala* que se apresenta à mulher nos dias que se seguem ao parto. Nesse momento, as expectativas sociais e pessoais são confrontadas com as vivências concretas e, então, ressignificadas pelas mulheres. Tal como escrito por Magnani (1986):

“(...) ideias e crenças não existem apenas nas opiniões conscientes mas estão incorporadas em instituições e condutas, devendo ‘ser extraídas, por assim dizer, de ambas as fontes’. Em outras palavras, discurso e prática não são realidades que se opõem, um operando por distorção com respeito à outra; são antes pistas diferentes e complementares para a compreensão do significado” (MAGNANI, 1986).

Identificar os sentidos atribuídos à maternidade significa empreender um trabalho de reconstituição de diversos fragmentos - a opinião das mulheres, os discursos oficiais e

¹⁴ Todas as falas resultantes do trabalho de campo serão reproduzidas em itálico, sem aspas.

extraoficiais, os valores em disputa e as práticas - para chegar ao que seriam as principais concepções sobre a maternidade e mulher.

Tendo essas questões em mente, o objetivo principal dessa pesquisa tornou-se compreender como as mulheres, pertencentes ao universo simbólico das camadas médias e com alta escolarização, vivenciam e significam a maternidade, a partir da análise do período do pós-parto. E como objetivos específicos, buscamos identificar as concepções de mãe e mulher que balizam a experiência da maternidade das mulheres estudadas; identificar os arranjos familiares e, especialmente o papel do pai na vivência da maternidade; e por fim, compreender a noção de puerpério adotada e operada pelas mulheres pesquisadas.

Para alcançar tais objetivos, o material etnográfico que serviu como base dessa pesquisa foi o seguinte: entrevistas com 9 mulheres, realizadas no primeiro semestre de 2015; etnografia de duas comunidades virtuais no Facebook: *Mães, cesárea e Cia* e *Humanize-se*; 13 relatos de pós-parto/puerpério e de amamentação extraídos de blogs e sites da internet. No capítulo referente às escolhas metodológicas serão detalhados os critérios utilizados para a seleção deste material.

Para a apresentação do caminho percorrido e da análise empreendida, a dissertação foi organizada em quatro capítulos, além desta introdução e das considerações finais. No primeiro capítulo, apresento o trabalho de campo e as escolhas metodológicas. No segundo capítulo, está descrito o material sobre o parto e desenvolvida a análise sobre este tópico da dissertação. O terceiro capítulo versa sobre o pós-parto propriamente dito e a amamentação. Já no quarto capítulo, intitulado “Família, volta ao trabalho e as tarefas de cuidado” discorro sobre as demais questões que se mostraram relevantes para a compreensão da experiência do pós-parto.

CAPÍTULO 1. ESCOLHAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS

1.1 Escolha do material etnográfico

Diante de um cenário vasto como o mencionado na introdução deste trabalho, foram feitas escolhas metodológicas que visavam abarcar diferentes prismas da vivência da maternidade contemporânea para o grupo de mulheres estudadas.

Nessa pesquisa, que se propôs qualitativa desde o início, desejava trabalhar com entrevistas em profundidade, dentre outros motivos, para verificar se a vivência na “vida real” das mulheres era diferente ou semelhante às relatadas *online*. Minha expectativa ao conversar diretamente com as entrevistadas era poder adentrar mais no cotidiano da maternidade, observar as práticas sob a ótica da mulher que estava vivendo o dia a dia dessa fase, já mais longe das expectativas da gestação, e através de sua fala discutir os temas presentes no debate público. Mas por onde partir? Quem eram essas mulheres? Como chegar a elas?

Como dito, o fio condutor inicial do projeto de pesquisa havia sido a identificação das redes de apoio da mulher que se torna mãe, em virtude de a rede de apoio ter sido apontada como o grande diferencial para a vivência (turbulenta ou tranquila) do pós-parto. Entender o que fazia as mulheres buscarem grupos ou atividades de apoio no período do pós-parto era um aspecto importante da questão. Então passei a utilizar como filtro a participação/utilização em algum grupo/atividade/serviço de apoio no pós-parto e os recursos a seu alcance disponíveis nesse momento. Poderia ser a participação em grupos de apoio ao pós-parto, à amamentação, *online* ou presenciais, a utilização do serviço de uma doula ou psicóloga, uma ida ao cinema em sessão para mães e bebês (Cinematerna)¹⁵, enfim, qualquer atividade que a mulher considerasse um apoio específico para a fase do pós-parto. Por esse caminho cheguei às mulheres entrevistadas para este estudo, que serão apresentadas mais adiante.

Paralelamente, continuava a observar o cenário *online* riquíssimo em situações e temas “bons para pensar”. Mais do que realizar a descrição da blogosfera materna, me interessava identificar e trabalhar os temas mais debatidos e as discussões que ganhavam centralidade nas

¹⁵ Sessões de cinema especiais (com volume mais baixo do som, sem ar condicionado e luz suave) para mães e bebês com até 18 meses. As sessões ocorrem em diversos cinemas no país e são promovidas pela Associação Cinematerna. Em sua página da Internet a Associação apresenta como metas: o resgate social da puérpera através da cultura; o incentivo à troca de experiências entre mulheres sobre as diversas questões da maternidade, e a promoção da segurança alimentar e nutricional. Fonte: <http://www.cinematerna.org.br/sobre>. Acessado em 10 de fevereiro de 2015.

diversas plataformas (*blogs*, redes, sociais, etc.). As entrevistas me permitiram verificar que as questões debatidas nesse “circuito materno” não estavam restritas apenas às discussões *online*, mas também faziam parte do dia a dia das mulheres “fora da rede”.

Por já haver participado de grupos de apoio presenciais e de discussões em grupos fechados na condição de mãe, optei por não realizar etnografias nesses espaços (grupos terapêuticos e listas de discussão fechadas). Essa escolha deve-se ao fato de que os espaços dos grupos de apoio são um ambiente onde as participantes podem se abrir sem se sentirem julgadas, ou observadas. Utilizar as informações que havia obtido na condição de par, em caráter privado, sem autorização, feriria princípios éticos básicos. Desse modo, optei por realizar a etnografia nos *blogs* abertos e comunidades públicas.

Dadas as escolhas metodológicas feitas, a pesquisa etnográfica envolveu o seguinte material que será apresentado na seção seguinte:

1. Entrevistas com nove mulheres, realizadas no primeiro semestre de 2015.
2. Etnografia de duas comunidades virtuais no Facebook: *Mães, cesárea e Cia e Humanize-se*.
3. Treze relatos de pós-parto/puerpério e de amamentação extraídos de *blogs* e *sites* da *internet*.

Entrevistas

Caracterização das mulheres entrevistadas

Embora houvesse uma homogeneidade no tocante às condições socioeconômicas das entrevistadas, havia uma grande heterogeneidade nos perfis e estilos de vida adotados por estas, indicando que apenas a dimensão material não seria capaz de explicar as diferentes visões de mundo e práticas adotadas por estas mulheres.

Tal como nos trabalhos de Heilborn (2004), Duarte e Gomes (2010) e Hirsch (2014), o recorte a partir da classe social aqui adotado privilegiará a dimensão simbólica como foco explicativo do comportamento dos sujeitos e desse modo será adotado o termo camadas médias e não classe média. De acordo com Salem (2007), a expressão resume algumas premissas que singularizariam essa abordagem:

“Ainda que na caracterização do universo pesquisado seja admitida a importância de critérios *sociológicos* (como renda, educação, inserção profissional etc) insiste-se que eles são insuficientes para elucidar as discontinuidades em termos de *ethos* e de visão de mundo observáveis no interior desses segmentos. Afirma-se assim o pressuposto de que a condição de classe abre um leque de alternativas simbólicas e de que só se tem acesso à identidade de um grupo quando é levado em conta o código moral a que ele adere. Defende-se, em outras palavras, que o código ético é o que estabelece mais claramente fronteiras entre os segmentos sociais, inclusive entre aquele que desfrutam de uma mesma posição de classe” (SALEM, 2007: 41).

Mesmo com essa consideração, penso que dizer que essas mulheres pertencem às camadas médias ainda explica pouco sobre quem são. Tentarei, ao longo deste trabalho, caracterizá-las descrevendo suas práticas e discursos mas não pretendo encerrá-las em identidades fixas, já que meu interesse é compreender como essas mulheres diversas entre si, mas que compartilham alguns traços comuns, significam suas experiências de maternidade.

Nesse sentido, considero relevante mencionar a discussão levantada por Brah (2006) sobre a impossibilidade de se pensar em identidades rígidas. No entendimento da autora, a categoria mulher deveria ser considerada através da perspectiva da interseccionalidade, onde marcadores sociais da diferença como raça, orientação sexual, etnia, classe devem ser levados em conta para a compreensão, não mais de identidades, e sim de subjetividades.

Pensando nas entrevistadas, todas têm a mesma orientação sexual, a mesma condição social, a mesma cor (brancas), e ainda assim, possuem diversos arranjos familiares, fazem escolhas diferentes, e têm concepções e práticas distintas sobre o ser mãe.

Os critérios utilizados para selecionar as entrevistadas foram que a mulher tivesse nível superior de educação, pertencesse às camadas médias, possuísse acesso à informação via *internet* e tivesse utilizado algum tipo de serviço ou participado de alguma atividade de apoio no período após o parto. Com isso em vista, acionei minha rede de contatos para encontrar mulheres com esse perfil e convidá-las para as entrevistas.

Foram entrevistadas nove mulheres entre janeiro e maio de 2015. Dessas, seis moram na cidade de São Paulo, sendo uma delas estrangeira. Uma vive no ABC paulista, uma entrevistada vive no interior de São Paulo, e outra entrevistada vive na Europa. Todas chegaram ao nível superior de educação (cinco delas com pós-graduação) e têm entre 29 e 37 anos. Dentre

as entrevistadas que declararam sua renda¹⁶, todas se encontravam na faixa de renda familiar entre 10 e 20 salários mínimos¹⁷. Todas eram casadas ou viviam com companheiro no momento do nascimento do filho e, no momento da entrevista, oito mantinham a mesma condição. Todas se referiam ao companheiro como marido, independentemente da situação legal de sua relação. Estar casada ou viver com o companheiro não foi um critério de seleção das entrevistadas, mas um elemento a ser observado para analisar o lugar do pai na configuração das relações da mãe no momento do pós-parto.

As entrevistas seguiram um roteiro (que se encontra no Apêndice) cujas perguntas versaram sobre a gestação, o parto, a amamentação, a relação com a família, o marido, a participação de grupos de apoio e a volta ao trabalho. Buscou-se entender como funcionava o dia a dia das mulheres no pós-parto e como lidavam com as mudanças do período no cotidiano.

As entrevistas ocorreram em locais diferentes, duas entrevistas foram realizadas via *Skype*, três das mulheres receberam-me em casa, três concederam-me a entrevista em locais públicos (café e saguão do cinema) e apenas uma recebeu-me em seu local de trabalho. As entrevistas foram realizadas em um único encontro e duraram entre 45 minutos (a mais curta) e duas horas. Todas as entrevistadas tinham utilizado algum tipo de serviço ou apoio, ou frequentado alguma atividade específica voltada ao pós-parto, respondendo ao critério de inclusão previamente estabelecido para a seleção.

As entrevistadas tiveram seus nomes alterados para garantir sua privacidade. Apenas uma delas manifestou a preferência por não ter o nome alterado pois disse achar importante compartilhar sua experiência, o que foi atendido.

Beatriz tinha 37 anos e seu bebê dois meses e meio no momento da entrevista. Sua família toda vive em outro Estado, mudou-se para São Paulo para estudar MBA, no meio do curso decidiu mudar de profissão e passou a cursar medicina. É casada, vive na zona oeste da cidade de São Paulo e acompanhava uma comunidade virtual de apoio ao aleitamento. Teve como parto uma cesárea, por opção e também por necessidade.

Natália tinha 34 anos e sua filha 2 anos no momento da entrevista. Trabalha como gerente de hotel, é casada e vive na zona oeste da cidade de São Paulo. Teve um parto normal,

¹⁶ A pergunta sobre renda não foi feita a todas as entrevistadas por não ter sentido abertura em relação a esse tema com algumas mulheres.

¹⁷ De R\$ 7.780,00 a R\$ 15.560,00, em Fevereiro de 2015. Fonte: http://portal.mte.gov.br/sal_min/salario-minimo.htm

e contou com o acompanhamento de uma doula para auxiliá-la no parto e no início do pós-parto.

Roberta tinha 35 anos e sua filha estava com 5 meses na ocasião da entrevista. É casada e formada em Comunicação Social. Acompanhava páginas e grupos na internet dedicados à maternidade e frequentava o Cinematerna. Havia parado de trabalhar para cuidar da filha e ainda não sabia quando e como voltaria a exercer atividade profissional. Seu parto foi uma cesárea eletiva por indicação médica.

Janie Paula, que pediu para não ter o nome alterado na pesquisa, tinha 31 anos, e seus filhos, um menino e uma menina, tinham respectivamente 14 e 2 anos no momento da entrevista. É casada e vive na zona oeste da cidade de São Paulo. Seu primeiro parto foi uma cesariana e o segundo um parto normal domiciliar. O contato com o movimento de humanização do nascimento a levou a mudar de profissão e agora atua como doula. Criou um grupo de apoio às mães no pós-parto após o nascimento de sua filha.

Luiza tinha 36 anos e sua filha 3 anos e meio quando concedeu a entrevista. É estrangeira, casada e vive na zona sul da cidade de São Paulo. É formada em Relações Internacionais e Mestre na mesma área. Quando da entrevista, não trabalhava para se dedicar ao cuidado da filha e dos enteados que vivem com ela e o marido. Teve um parto normal humanizado. Frequentava uma psicóloga desde o início de seu pós-parto.

Marisa tinha 37 anos, uma filha de 15 e um filho de 1 ano e 8 meses no momento da entrevista. É casada, vive no interior de São Paulo. Trabalha como atriz e educadora. Passou por uma cesárea, que hoje julga desnecessária, no nascimento da primeira filha e optou por um parto normal humanizado para o nascimento de seu filho. Participou de grupos virtuais sobre amamentação e participa de um grupo de mães com bebês pequenos que se reúne mensalmente.

Vanessa é a mais nova das entrevistadas, tem 29 anos e foi mãe aos 24. É arquiteta e atualmente cursa o Mestrado. Vive no ABC Paulista e é divorciada. Teve uma gravidez de alto risco e precisou ser submetida a uma cesariana embora desejasse um parto normal humanizado. Pelo fato de a filha ter nascido prematura, participou de um grupo de apoio às mães que estavam com bebês hospitalizados na própria maternidade.

Daniela tinha 34 anos e seu bebê 5 meses quando foi entrevistada via Skype. É casada, vive na Europa e trabalha como professora de idiomas. Optou por um parto domiciliar que contou com a presença da mãe e da sogra. Frequentava aulas de yoga para mães e bebês, criou

um grupo de discussão para mães com bebês de idades próximas para organizar encontros presenciais e participava de um grupo virtual de amigas que são mães de sua cidade natal.

Juliana tinha 32 anos e seu bebê 3 meses quando foi entrevistada. É casada, vive na zona sul da cidade de São Paulo, trabalha como administradora de empresas e pretendia voltar ao trabalho após a licença maternidade. Passou a gestação desejando um parto normal mas optou por cesárea no fim na gestação. Frequentava o Cinematerna, havia tido uma consulta com uma doula pós-parto e participava de um grupo virtual de amigas que tinham bebês.

Etnografia das comunidades virtuais *Mães, Cesárea e Cia e Humanize-se*

A escolha por essas duas comunidades do *Facebook*, dentre tantas possíveis, se deu por diversos motivos. Em primeiro lugar, as duas são comunidades abertas e as publicações/postagens dos administradores, assim como os comentários dos participantes são todos públicos¹⁸. Em segundo lugar, porque são comunidades com um número grande de membros. Em junho de 2015, a *Mães, cesárea e Cia* possuía cerca de 45.000 *seguidores*¹⁹, e a *Humanize-se* cerca de 27.000²⁰; em janeiro de 2016 os números eram de cerca de 141.000 e 33.000 respectivamente. É digno de nota que a *Mães, cesárea e Cia* teve um crescimento altíssimo no número de seguidoras em apenas um semestre. As duas comunidades possuem uma dinâmica semelhante, na qual os administradores postam textos, reproduzem artigos de jornais, revistas, *blogs*, que são comentados pelos membros; também sugerem questões para debate entre os participantes sobre temas relativos à maternidade em geral. Também ocorre com bastante frequência a postagem da mesma matéria ou artigo pelas administradoras das duas comunidades, o que permite verificar as opiniões e comentários das participantes das diferentes comunidades sobre o mesmo tema. Por fim, mas não menos importante, as duas comunidades

¹⁸ No Facebook, as Páginas de *Comunidades* permitem que organizações, empresas, etc. se comuniquem com as pessoas que as *curtem*. As informações e publicações da página são públicas e geralmente disponíveis para qualquer pessoa do *Facebook*. Já os *Grupos* fornecem um espaço para as pessoas conversarem sobre interesses em comum. Em grupos secretos ou fechados, as publicações ficam visíveis somente para os membros dos grupos. Fonte: <https://www.facebook.com/help/281592001947683/>. Acessado em 25 de junho de 2015.

¹⁹ *Seguidor* é alguém que *curte* a página da comunidade e passa a receber todas as atualizações feitas por seus administradores.

²⁰ Número de *curtidas* da página em 25 de junho de 2015..

ênfatizam o fato de serem espaços de diálogo e de respeito à opinião divergente em relação à via de parto. A seguir, a autodescrição das duas comunidades:²¹

Página que envolve todo o universo materno, desde a gravidez, partos e criação, sem preconceitos ou julgamentos por via de parto e maternagem. Mães Reais. (Mães, Cesárea e Cia)

Gestação, Parto Humanizado e Maternagem. Porque todos merecem nascer e crescer com Amor e Respeito./ Informações baseadas em evidências científicas e respaldadas pela OMS, orientação, incentivo e apoio a todas as pessoas que prezam o nascimento respeitoso e humanizado. (Humanize-se)

A etnografia foi feita pelo acompanhamento constante dessas duas comunidades no ano de 2015 e para esta dissertação foram selecionados trechos de discussão que se mostraram relevantes para a compreensão do problema desta pesquisa. Em geral, busquei selecionar comentários que representassem as diferentes opiniões ou situações apresentadas pelas participantes em cada tópico discutido.

No decorrer da etnografia dessas comunidades pude notar que o debate foi diminuindo, e os diálogos passaram a ser mais comentários sobre a questão proposta pela moderação, onde as participantes manifestavam sua concordância ou não com as colocações das outras ou relatavam uma situação vivenciada relativa ao tópico abordado. Às vezes surgiam mensagens de apoio a uma das mulheres que desabafava sobre algum problema, mas se observou que o diálogo *entre* as participantes pouco se desenvolvia. Houve tópicos que pareciam uma sequência de monólogos, com cada participante dirigindo-se apenas à moderação, ou a algum oponente não presente (por exemplo, ativistas da humanização do nascimento) e não às outras pessoas que comentavam no tópico. Mas volto a dizer, que essa situação foi se alterando nas duas comunidades observadas ao longo do ano de 2015, pois quando passei a acompanhá-las e as selecionei para este trabalho, sua característica marcante era a presença do espaço de debate. Penso que esse ponto ficará mais claro quando forem apresentadas as discussões dessas comunidades.

Relatos de pós-parto/puerpério e de amamentação em blogs e sites da internet.

²¹ Disponível em: https://www.facebook.com/humanizesse/info?tab=page_info e https://www.facebook.com/maescsareacia/info?tab=page_info. Acessado em 03 de junho de 2015.

Chamou-me muito a atenção a primeira vez que me deparei com um texto intitulado “Relato de puerpério” durante o trabalho de campo. Já conhecia de longa data os relatos de parto, que são um material recorrente e abundante no “circuito materno”. O formato do relato geralmente se inicia com a mulher contando sobre a gestação, as escolhas e caminhos percorridos para se chegar à decisão do tipo de parto, culminando com uma descrição detalhada do evento do nascimento. O relato é muito utilizado em grupos de gestante e grupos de preparação para o parto humanizado. É escrito para relatar o parto em que tudo ocorreu bem, mas também para relatar ou denunciar uma experiência de sofrimento ou violência. Conhecia alguns “Relatos de amamentação” que seguiam um pouco uma estrutura parecida. A mulher geralmente iniciava seu relato contando sobre as expectativas que tinha em relação à amamentação, as dificuldades enfrentadas e como as superou. Mas os “Relatos de puerpério” eram ainda uma novidade.

Iniciei então uma busca para verificar se havia mais relatos de puerpério/pós-parto e amamentação, encontrei diversos deles em diferentes plataformas e julguei que seria importante incluí-los na pesquisa. Foram selecionados treze “Relatos” entre relatos de Puerpério/ Pós-parto e Amamentação para análise. Esses relatos acabam seguindo um pouco a estrutura dos relatos de parto. Em geral seguem a mesma estrutura: as mulheres contam um pouco do parto, os sofrimentos e sentimentos do período do pós-parto/amamentação e como superaram os desafios.

1.2 Apresentação dos resultados etnográficos

Não foi a intenção desse trabalho comparar discursos e práticas das mulheres através das três fontes escolhidas. Mais bem, houve a tentativa de construção de um prisma onde cada faceta ajudou a compor o que conforma a vivência contemporânea da maternidade, a partir do período do pós-parto. Tomando cada uma das três fontes como uma forma de expressão específica das mulheres estudadas sobre a vivência do pós-parto, considera-se que todas elas contribuem para a compreensão dos sentidos atribuídos à experiência da maternidade nos dias de hoje.

Há claramente situações que aparecem nos relatos de puerpério que não estão presentes nas entrevistas, por exemplo; ou nuances em práticas cotidianas que são vistas nas entrevistas e que nas comunidades do *Facebook* são apresentadas como polarizadas. As diferenças entre os meios de expressão não são tomadas aqui como contradições nos discursos, e sim

complementações, sobreposições ou referências relativas que nos ajudam a compreender o cenário mais amplo que conforma as relações em torno dos padrões de maternidade atuais. Ao explorar as diferentes fontes foi possível perceber como o discurso é contextual. Assim, pode-se dizer que o sentido mesmo de utilizar essas fontes diversas é precisamente o de contextualizar esses discursos, para, desta maneira, atribuir-lhe significado, sempre relativo.

Tendo isso em mente, o eixo central da etnografia foi constituído pelas entrevistas, e as demais fontes, relatos de puerpério e a etnografia de comunidades do *Facebook*, foram utilizadas para complementar, comparar, problematizar os tópicos abordados ou não nas entrevistas. Ou seja, foram abordados os temas que se revelaram importantes para a compreensão do problema da pesquisa, com base nas especificidades das fontes, e não, como já dito, com a intenção de estabelecer uma comparação entre elas que as coloque em lugares excludentes. Sendo assim, a apresentação do material etnográfico se dará ao longo da dissertação por temas.

As entrevistas, a observação dos *blogs*, comunidades, relatos de parto, pós-parto e amamentação, eventos, e minha participação enquanto mãe nos diversos espaços de discussão voltados ao tema da maternidade levaram-me a identificar três eixos, que foram trabalhados nessa pesquisa pois se mostraram centrais para a compreensão da vivência da maternidade para esse perfil de mulheres, especialmente no período após o parto. São eles: 1) o parto; 2) o pós-parto e a amamentação e 3) as relações familiares, a volta ao trabalho e as tarefas de cuidado.

1.3 A noção de experiência

Em face do objetivo desta pesquisa de compreender como as mulheres, pertencentes ao universo simbólico das camadas médias e com alta escolarização, vivenciam e significam a maternidade, a partir da análise do período do pós-parto, a noção de experiência ganhou relevo durante o desenrolar do trabalho de análise, mostrando-se de grande relevância para a compreensão do problema dessa pesquisa.²² Compreender os sentidos atribuídos à maternidade pelas mulheres estudadas passava por compreender sua “experiência” de pós-parto. A bibliografia sobre experiência é vastíssima e sua discussão perpassa a filosofia, a história, a psicologia e claro, a antropologia (SCOTT, 1998; DAS, 2011; FASSIN, 2007). Para os fins

²² Agradeço à Professora Marcia Thereza Couto Falcão por ter sugerido o aprofundamento dessa categoria durante o Exame de Qualificação.

deste trabalho e dentro de seus limites, optei por tomar como ponto de partida a noção de experiência no âmbito da antropologia, sobretudo aquela desenvolvida por Victor Turner e Edward Bruner na coletânea “The Anthropology of Experience” (BRUNER e TURNER, 1986).

De acordo com Bruner (1986), em seu ensaio intitulado *Experience and its Expressions* que abre a coletânea mencionada, a formulação de uma antropologia da experiência deve-se a Victor Turner. O autor teria construído sua concepção sobre o que seria a experiência inspirado em autores fenomenológicos como John Dewey e Wilhelm Dilthey.

Para Bruner, uma antropologia da experiência busca compreender como os indivíduos experimentam sua cultura, como os eventos são recebidos pela consciência. Nessa linha de argumentação, a experiência compreenderia dados, cognição, razão, sentimentos e expectativas.

O autor diferencia experiência de comportamento. Para ele, a experiência seria uma questão de ordem pessoal, que se refere a um “self ativo”, a um ser humano que não apenas se envolve na ação, mas a molda. O comportamento envolveria um observador que descreve a ação de algum outro, implicando uma rotina padronizada, enquanto a comunicação da experiência tende a ser auto referencial, isto é, é uma ação do sujeito que a experimenta. Bruner afirma que podemos experimentar apenas nossa própria vida, ou seja, o que é recebido por nossa própria consciência. Sendo assim, se pergunta, como poderíamos superar as limitações da experiência individual? A resposta que o autor encontra, em Dilthey, é a de que a esfera da experiência pode ser transcendida pela **interpretação das expressões**. Por interpretação entende-se a compreensão, a interpretação e a metodologia da hermenêutica e, por expressões, entende-se representações, performances, objetos, textos; isto é, o que está dado na vida social, “encapsulamentos da experiência de outros” (BRUNER e TURNER, 1986: 5).

Nesse ponto é importante apontar a diferenciação que Turner faz entre a mera experiência e “uma experiência”. A mera experiência seria a “passiva resignação e aceitação dos fatos”, aquilo que se recebe pela consciência, de forma individual e inserida num fluxo temporal (TURNER, 2005: 178). Já “uma experiência” seria a articulação intersubjetiva da experiência, com um início e um fim auto referenciados e não arbitrários, transformada em uma expressão. Aponta para um evento significativo:

“Essas experiências que interrompem o comportamento rotinizado e repetitivo, do qual elas irrompem, iniciam-se com choques de dor ou prazer. Tais choques são evocativos: eles invocam precedentes e semelhanças de um passado consciente ou inconsciente, porque o incomum tem suas tradições, assim como o comum. Então as emoções de experiências passadas dão cor às imagens e esboços revividos pelo choque no presente. Em seguida ocorre uma necessidade ansiosa de encontrar

significado naquilo que se apresentou de modo desconcertante, seja através da dor ou do prazer, e que converteu a mera experiência em uma experiência. Tudo isso acontece quando tentamos juntar passado e presente” (TURNER, 2005: 179).

Nesse ponto, uma distinção feita por Bruner ajuda a compreender a questão. Ele diferencia realidade (o que realmente está lá fora), experiência (como a realidade se apresenta para a consciência) e expressão (como a experiência individual é enquadrada e articulada). Tomando como exemplo a história de vida, a diferenciação feita pelo autor corresponderia à vida vivida (realidade), à vida experimentada (experiência) e à vida contada (expressão). Bruner chama atenção para o fato de que a experiência é culturalmente construída enquanto a compreensão pressupõe a experiência e as expressões seriam a comunicação de “uma experiência”. A expressão introduz, assim, a dimensão do outro para a comunicação da experiência.

A relação entre experiência e sua expressão

“é claramente dialógica e dialética, pois a experiência estrutura as expressões, razão pela qual nós compreendemos outras pessoas e suas expressões com base em nossa própria experiência e auto compreensão. Mas as expressões também estruturam a experiência, naquelas narrativas dominantes de uma era histórica, rituais e festivais importantes e trabalhos de arte clássicos definem e iluminam a experiência interna (BRUNER e TURNER, 1986:6) ”.

Para o autor, a expressão sempre envolve uma ação, é uma atividade processual. Ele ressalta que como seres sociais queremos dizer o que aprendemos com a experiência. As expressões são **unidades de experiência estruturadas** e também **unidades de sentido construídas socialmente**.

Adentrar uma cultura a partir de suas expressões seria seguir uma pista de como essas unidades de sentido foram construídas pela cultura em questão. Trabalhar com as expressões da cultura nativa, e não a partir de um recorte feito sob o ponto de vista do antropólogo, permitiria escutar o que dizem os nativos em suas próprias palavras, imagens, objetos, formas narrativas, etc. Pois as expressões são formulações e representações das pessoas sobre suas próprias experiências.

Para Dilthey, a vida é um fluxo temporal onde todos os eventos ocupam uma posição numa sequência temporal. A experiência e o sentido estão no presente; o passado é memória, uma reprodução, e o futuro está sempre aberto, ligado pela expectativa e pela potencialidade. Entretanto, a experiência presente sempre levaria em conta o passado e a expectativa do futuro. Como resume Bruner: “O que mantém o presente e o passado juntos é um sentido unitário. (...)”

o sentido não reside em algum ponto fora de nossas experiências, mas está contido nelas e constitui a conexão entre elas”. (BRUNER e TURNER, 1986: 8)

Turner, ao refletir sobre o sentido, também o entende como um ato do presente. Para ele, “o significado surge quando tentamos associar o que a cultura e a língua cristalizaram a partir do passado com o que sentimos, desejamos e pensamos em relação ao instante presente na vida” (TURNER, 2005: 179). O autor identifica que na contemporaneidade a atribuição de significado às experiências tornou-se uma tarefa individual e não mais coletiva. Como deixa claro nessa citação:

“Nos dias de hoje, infelizmente, a cultura insiste que devemos assumir o fardo pós-renascentista de elaborar cada significado por nós mesmos, um de cada vez, sem a ajuda dos outros, a menos que escolhamos um sistema tecido por outro indivíduo cuja legitimidade coletiva não é maior que a nossa.” (TURNER, 2005: 180).

No entanto, articulando essas colocações com as análises da questão do individualismo como ideologia da modernidade (DUMONT, 1993), a partir da ideia de Marcel Mauss (MAUSS, 2003) de que o “eu” é uma noção que se constitui social e historicamente, a elaboração da experiência como “tarefa individual” não deixa de ser uma construção ideológica, socialmente instituída. Lévi-Strauss, em sua introdução à obra de Marcel Mauss (LÉVI-STRAUSS, 2003), ressalta o caráter inovador deste autor cuja obra possibilitou às ciências sociais a articulação da dimensão social e da individual, postulando que é próprio da “natureza” da sociedade exprimir-se simbolicamente em seus costumes e em suas instituições. Os sistemas simbólicos são, portanto, coletivos. As condutas individuais jamais são simbólicas por elas mesmas; são os elementos a partir dos quais um sistema simbólico, que só pode ser coletivo, se constrói.

Nesse prisma, a forma de elaboração contemporânea da experiência como tarefa ou fardo individual torna-se uma construção histórica da experiência a ser analisada como tal, que é o que precisamente se busca discutir nessa pesquisa: o esvaziamento da experiência coletiva e sua individualização cada vez mais acentuada como experiência histórica. A maternidade é vivida a partir de uma percepção que faz parecer que não há um significado coletivo sobre o que representa a vivência do pós-parto, nem mesmo em relação aos seus marcos temporais, isto é, conhece-se o início, mas não o término da experiência; cada mulher define a duração do período e constrói seu significado individualmente, perdendo-se a articulação entre a dimensão coletiva e a individual naquilo que constitui “uma experiência”.

Tendo isso em mente, a proposta dessa pesquisa é tomar cada uma das fontes mencionadas como uma forma de expressão da experiência do pós-parto. No caso dos Relatos

de Puerpério/Amamentação a condição de expressão fica mais evidente já que os textos possuem uma forma e uma estrutura comuns, já estão dados. Nas comunidades do *Facebook*, a própria plataforma pode ser considerada como uma expressão, já que estrutura as formas atuais de comunicação, além de moldar uma estrutura para os diálogos e tipos de informações que podem circular entre as pessoas participantes. As entrevistas não estão dadas de antemão, mas podem ser tidas como expressões pois são a comunicação de uma experiência, através de um diálogo no qual o sentido foi sendo construído, e que também possui uma estrutura. Pretendo então, a partir destas três formas de expressão relativas ao pós-parto, captar os significados atribuídos a essa experiência, que se torna “uma experiência” a ser contada.

1.4 A noção de circuito

A multiplicidade de atores (mães, profissionais, ativistas), espaços (virtuais ou não), eventos (virtuais ou presenciais) e meios (redes sociais, *blogs*, portais, listas de discussão) que permitem as diversas trocas entre as mulheres, profissionais e interessados em geral nos temas da maternidade apresentou-se como um campo vasto, diverso e ao mesmo tempo interconectado. Foi necessário pensar uma categoria que ajudasse a organizar essas relações.

Entendo que a noção de *circuito*, nos termos elaborados por Magnani (2002) possa ser utilizada para descrever esse ambiente no qual circulam os fluxos de comunicações diversos sobre a temática da maternidade, que chamarei de *circuito materno*.

“trata-se de uma categoria que descreve o exercício de uma prática ou a oferta de determinado serviço por meio de estabelecimentos, equipamentos e espaços que não mantêm entre si uma relação de contiguidade espacial, sendo reconhecido em seu conjunto pelos usuários habituais (...). também designa um uso do espaço e de equipamentos urbanos – possibilitando, por conseguinte, o exercício da sociabilidade por meio de encontros, comunicação, manejo de códigos (...). tem, igualmente, existência objetiva e observável: pode ser levantado, descrito e localizado (...). Em princípio, faz parte do circuito a totalidade dos equipamentos que concorrem para a oferta de tal ou qual bem ou serviço, ou para o exercício de determinada prática, mas alguns deles acabam sendo reconhecidos como ponto de referência e de sustentação à atividade. (MAGNANI, 2002: 24)

Entendo que essa definição pode ser aplicada tanto para se identificar os espaços físicos utilizados pelas mulheres (locais de grupos de apoio, rodas de gestantes, centros culturais com atividades para mães e bebês, cinemas) como também os espaços virtuais (portais, listas de discussão, comunidades virtuais, *blogs*), que se tornam precisamente pontos de referência para

a mulher que é ou se tornará mãe. No entanto é importante salientar que diferentes elementos podem ter pesos diferentes na composição do circuito. Isto é, determinados locais, instituições, portais da internet, podem ser mais aglutinadores de participantes que outros. O autor continua:

“Mais do que um conjunto fechado, o circuito pode ser considerado um princípio de classificação. Nesse sentido, é possível distinguir um circuito principal que engloba outros, mais específicos. Por outro lado, o circuito comporta vários níveis de abrangência e a delimitação de seu contorno depende das perguntas colocadas pelo pesquisador.” (MAGNANI, 2002: 24)

Transpondo a categoria para esta pesquisa, poderiam ser definidos outros circuitos complementares que seriam englobados pelo que chamo de “circuito materno”: o circuito do parto humanizado, o circuito materno virtual, o circuito dos grupos de apoio presenciais, ou ainda o circuito virtual das mães optantes por cesárea.

“Em cada um desses recortes está-se em contato com o mesmo sistema simbólico e de trocas (...)– mas a cada ampliação (ou redução) do âmbito, sem que se perca a referência com um campo reconhecido pelos usuários, está-se trabalhando com questões diferentes, definidas de acordo com os propósitos, as perguntas e a literatura acionada da pesquisa. (MAGNANI, 2002: 24)

Assim, mantendo-se como horizonte o tema mais abrangente, a maternidade, pode-se verificar como os demais assuntos (parto, formas de criação, etc) se articulam nesse circuito e como, a partir de seus diversos fluxos, produzem sentidos sobre a vivência da maternidade.

1.5 Nomenclatura dos partos

Ao adentrarmos no “circuito materno”, deparamo-nos com uma nomenclatura sobre tipos de parto que em um primeiro momento causam confusão ou, mesmo, perplexidade. Antes de entrarmos na análise dos dados sobre parto e pós-parto, convém esclarecer os termos tal como surgiram no trabalho de campo. A linguagem médica, que baliza a terminologia utilizada, é apropriada na linguagem coloquial, sendo utilizada nos diferentes espaços. O mesmo termo, no entanto, pode ter conotações e até mesmo definições diferentes dependendo do grupo estudado. A seguir, apresentarei os principais termos relativos ao parto, tal como utilizado pelas mulheres estudadas nessa pesquisa. Essas diferenças e semelhanças serão retomadas e problematizadas ao longo da análise dos dados.

A primeira distinção é sobre a via de parto que pode ser vaginal ou cirúrgica. São os chamados *parto normal* ou *cesárea*.

A cesárea pode ser de *urgência* ou pode ser *eletiva*. A cesárea eletiva ocorre geralmente antes do processo de trabalho de parto, e é uma cirurgia realizada sem necessidade clínica, por opção da gestante ou do obstetra. As adeptas do parto normal a chamam de “desnecessária”.

O parto normal que ocorre sem nenhum o uso de tecnologias médicas e fármacos é chamado de *parto natural*. Sendo que o parto natural pode ocorrer em *ambiente hospitalar* ou *domiciliar*.

O *parto normal hospitalar* geralmente ocorre associado a intervenções médicas como episiotomia de rotina, que é o corte feito no períneo supostamente realizado para prevenir lacerações e acelerar a saída do bebê, uso de ocitocina sintética, o chamado “soro” para acelerar as contrações, imposição da posição deitada para o parto, raspagem de pelos pubianos, realização de lavagens intestinais, entre outras intervenções possíveis.

O *parto humanizado* é o parto assistido por profissionais em que a mulher e suas decisões estão no centro do atendimento. Em geral, busca-se o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possíveis e o evento se dá, preferencialmente, no ambiente em que a mulher se sente mais acolhida e segura. Pode ser em ambiente hospitalar, casas de parto ou no domicílio da gestante. Todo e qualquer procedimento realizado é informado à mulher, que deve expressar seu consentimento para tal. O respeito às decisões da mulher é a característica mais acentuada do parto humanizado. Caso a mulher decida por uma cesárea no decorrer do trabalho de parto, sua decisão também deve ser respeitada.

As ativistas do movimento de humanização do nascimento rejeitam a possibilidade de que haja uma “cesárea eletiva humanizada” agendada antes do trabalho de parto, pois mesmo que a cirurgia seja o desejo da mulher, o fato de o trabalho de parto não haver se iniciado indicaria que “o tempo do bebê não foi respeitado”, e um nascimento humanizado deveria respeitar o binômio mãe e bebê.

Essas categorias advêm dos termos médicos para o parto. Tomemos o parto natural por exemplo. O adjetivo “natural” que se refere à ausência do uso de tecnologia médica ou de fármacos, tem equivalência ao evento fisiológico do parto. Nesse entendimento de “natural” todas as técnicas e aparatos utilizados durante um “parto natural” (massagens, água quente, técnicas respiratórias, bolas, piscinas, banheiras) não são consideradas intervenções. É como se apenas um ato médico pudesse “deixar sua marca” no evento fisiológico do parto para que este deixe de ser “natural”.

Os termos *puerpério* e *pós-parto*, que utilizei de forma equivalente, são também termos advindos do campo médico. O puerpério é definido como o período que decorre desde o fim do parto até que os órgãos genitais e o estado geral da mulher voltem ao estado normal anterior à gestação, com duração de 6 a 8 semanas. O estado normal, em geral, refere-se ao útero não gravídico. Alguns manuais de enfermagem descrevem esse período como o necessário para o sistema reprodutivo voltar à normalidade. (REZENDE, J. de.; MONTENEGRO, C.A.B, 2005). Observa-se que o parâmetro de normalidade está dado pelos órgãos genitais da mulher, sendo que a lactação não foi mencionada em nenhuma das definições de puerpério pesquisadas como um elemento que deva ser considerado para a delimitação do período. Outros termos utilizados em referência ao período que foram mencionados pelas mulheres pesquisadas foram *resguardo*, *quarentena* e *dieta*, aparentemente os três com o mesmo significado. Esses termos consideram que este período tem a duração de aproximadamente 40 dias.

CAPITULO 2. O PARTO

A centralidade do parto na experiência contemporânea da maternidade vem sendo observada em alguns estudos recentes sobre camadas médias (HIRSCH, 2014; CARNEIRO, 2011; PULHEZ, 2015). Para Rezende, “o parto parece assumir uma centralidade na experiência física e subjetiva de gestar um bebê”, (...) ficando de lado os meses que o antecedem e mesmo a expectativa do que depois” (2014:02).

O panorama atual do parto no Brasil complexifica a questão do lugar do parto na vida da mulher. O cenário obstétrico, nas últimas décadas, vem sendo um campo de disputas entre diferentes visões e saberes sobre o corpo da mulher da medicina, do governo, dos movimentos sociais (TORNQUIST, 2004). Seja pela (não) possibilidade de escolha em relação à via de parto, pela difusão de modelos alternativos de parir ou pela visibilidade crescente do Movimento pela Humanização do Nascimento.

O Movimento pela Humanização do Nascimento surgiu há aproximadamente 30 anos como resposta ao modelo de parto que se utilizava de práticas médicas altamente tecnológicas e institucionalizadas. Tais práticas se mostravam não apenas ineficientes para combater a mortalidade de parturientes e recém-nascidos, mas seus excessos foram identificados como causadores de sofrimento físico e emocional às gestantes. As principais proposições do movimento são a priorização da qualidade da interação entre parturientes e seus cuidadores, a desincorporação da tecnologia danosa e a utilização da tecnologia apropriada para o parto (HIRSCH, 2014; CARNEIRO, 2011, DINIZ, 2005). O movimento apoia-se na chamada Medicina Baseada em Evidências Científicas (MBE), que, de acordo com Centro Cochrane do Brasil, é uma

“uma abordagem que utiliza as ferramentas da Epidemiologia Clínica; da Estatística; da Metodologia Científica; e da Informática para trabalhar a pesquisa; o conhecimento; e a atuação em Saúde, com o objetivo de oferecer a melhor informação disponível para a tomada de decisão nesse campo.

A prática da Medicina Baseada em Evidências busca promover a integração da experiência clínica às melhores evidências disponíveis, considerando a segurança nas intervenções e a ética na totalidade das ações”²³

23

http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=13
Acessado em dezembro de 2015.

No Brasil, de acordo com Diniz (2005), o movimento surgiu nos anos 70, a partir de experiências de profissionais da saúde que se inspiraram em práticas tradicionais de parteiras, comunidades indígenas e em grupos de terapias alternativas. Em 1993, forma-se a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que tem como maioria de seus integrantes profissionais de saúde, vindos das áreas de obstetrícia ou de saúde pública, que trabalhavam em ONGs ou em serviços públicos. A autora observa que há também grande presença de usuárias, psicólogas, terapeutas alternativos e profissionais liberais e destaca que, no Brasil, há uma forte participação dos movimentos de mulheres e feministas. No fim dos anos 90, com o advento da *internet*, o movimento se expande através de listas de discussão *online*, sendo a maioria criada por consumidoras organizadas de camadas médias, o grupo no qual a proposta de humanização mais se disseminou inicialmente.

É justamente nesse segmento das camadas médias que, como observado por Hirsch, registrou-se um aumento significativo nas taxas de realização de cesáreas nos últimos 30 anos.

Apresentarei a seguir alguns dados produzidos pela pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*²⁴, para introduzir uma questão que acabou se mostrando relevante para compreender as vivências e os sentidos da maternidade das mulheres de camadas médias, como explicarei adiante: a escolha da via de parto.

A pesquisa revelou que “nascer no Brasil não tem sido uma experiência natural nem para pobres nem para ricos”. A cesariana corresponde ao total de 52% dos partos realizados no país, sendo que, no setor privado de saúde, os índices chegam a 88%. A recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de que somente 15% dos partos sejam realizados por meio de procedimento cirúrgico. Os principais argumentos contra a realização da cirurgia sem indicação clínica são o de que essa prática leva a um aumento de partos prematuros e que provoca um aumento do risco de morbidade para mãe e bebê.

A pesquisa também identificou que, embora 70% das brasileiras manifestem o desejo pelo parto normal no início da gestação, são poucas as que conseguem realizá-lo, tanto no setor

²⁴ O estudo foi coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), tendo contemplado 266 maternidades com 500 ou mais partos por ano, sendo representativo dos nascimentos hospitalares neste universo onde ocorrem 83% dos partos do país. Foram visitados 191 municípios e 23.940 mulheres foram entrevistadas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Fonte: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/principais-resultados2/>. Acessado em 28 de junho 2015.

público quanto no privado. De acordo com o Inquérito, a preferência inicial pela cesariana foi de 27,6%. O principal motivo apontado para a escolha do parto vaginal foi a melhor recuperação desse tipo de parto (68,5%) e para a cesariana o medo da dor do parto (46,6%). As mulheres atendidas pelo setor privado apresentaram um índice de 87,5% de cesariana, com aumento da decisão pela cesárea no final da gestação, independentemente do diagnóstico de complicações. Em ambos os setores, a proporção de cesariana foi muito superior ao desejado pelas mulheres (DOMINGUES et al., 2014).

O estudo ainda aponta que o parto vaginal, praticado com mais frequência nos estabelecimentos públicos, quase sempre “ocorre com muita dor e excesso de intervenções”. Nos estabelecimentos privados, a cesariana, “vem se constituindo em uma opção para minimizar esse sofrimento”. É realizada muitas vezes sem necessidade clínica, quase sempre pré-agendada e trazendo à vida “um grande número de bebês com 39 semanas, perdendo assim as vantagens advindas de sua situação social”. E conclui que as brasileiras e seus bebês, de qualquer grupo social, estão sendo expostas aos riscos de efeitos adversos do parto e do nascimento.

Essas informações fornecem um panorama sobre a situação do parto no Brasil e dão pistas para a compreensão de uma das situações encontrada no trabalho de campo: a *aparente* polarização entre mulheres que praticaram um parto normal e as que tiveram uma cesariana, no que venho chamando de “circuito materno”. O que tentei compreender ao longo da dissertação é se essa diferenciação entre as mulheres com base em suas escolhas sobre o parto as diferencia também em suas práticas de maternagem. Por que escolher o parto como uma categoria classificatória? Será que, ao escolher certo tipo de parto, a mulher estaria também aderindo a um modo de criação dos filhos, uma espécie de roteiro de escolhas associadas?

As adeptas do parto normal que se manifestam nos diversos espaços de discussão, quase sempre estão alinhadas ao ideário do movimento de humanização do nascimento. A análise que Pulhez (2015) empreendeu sobre as práticas de “maternidade ativa” das blogueiras “mamíferas” indica a existência de um ideário que norteia sua ação, uma espécie de “pacote” (que incluiria além da decisão de parir naturalmente, a de amamentar, de alimentar as crianças de forma saudável, de dormir junto com os bebês, entre outras). No entanto, a autora mostra que nem mesmo entre as “mamíferas” existia um consenso sobre o que seria esse “pacote completo”; afirmavam que o importante na maternidade ativa são as **escolhas conscientes**. Carneiro (2011), que também estudou as adeptas do parto humanizado, menciona a extrema heterogeneidade das mulheres e a dificuldade de enquadrá-las por meio de marcadores como estilos de vida, escolhas

alimentares, preferências políticas, encontrando como denominadores comuns o pertencimento às camadas médias e o acesso a um plano de saúde privado.

Mas quem são as mulheres que optaram pela cesariana? Nas camadas médias elas deveriam representar a grande maioria, já que 90% das mulheres dão à luz por meio de uma cesárea. Suas práticas de maternagem são tão diferentes das adeptas do parto normal? Por pertencerem às camadas médias, não sofreriam também a mesma influência nos padrões de maternidade? Seriam as mulheres pertencentes aos dois grupos tão diferentes entre si?

2.1 A polarização do debate parto normal x cesárea

Ao longo dos anos em que venho acompanhando os debates no circuito materno, é notável o crescimento na polarização do debate entre as optantes pelas diferentes vias de parto. Páginas na internet, blogs e comunidades no Facebook foram criadas para apenas *falarem* sobre esse assunto. Não escrevo que as páginas dedicadas exclusivamente a este tema *discutem* sobre o assunto, pois o que se vê de forma mais recorrente nesses espaços são pessoas de posições diferentes defendendo sua escolha e, muitas vezes, atacando as que não são iguais às suas, defensoras e oponentes, em espaços que não dialogam. O aumento no número de espaços dedicados a essa “guerra” aumentou consideravelmente dos últimos dois anos para cá²⁵.

No entanto, ao me deparar com essa situação, continuava a me perguntar o porquê do parto como uma categoria classificatória tão marcada, e buscava compreender se não havia diferenças mais profundas entre os discursos que se refletiam na escolha do tipo de parto. Em outras palavras, havia mesmo uma polarização que dividia as brasileiras em mães de “times diferentes” por causa do parto, ou essa divisão se daria por outras questões que não estavam explícitas?

A discussão sobre o parto nas comunidades do Facebook

Reproduzirei um trecho de um tópico de discussão da Comunidade *Mães, cesárea e cia*, que, embora um pouco longo, explicita o teor das divergências e assinala algumas noções operadas pelas mulheres em relação à maternidade. A primeira parte do texto foi escrita pela

²⁵ É possível encontrar comunidades com os nomes: *Não me obriguem a um parto normal*, *Não me obriguem a uma cesárea*, *Parto Cesárea: minha escolha, meu direito*; *Cesárea? Não, obrigada*, que se dedicam a defender suas escolhas de via de parto e, muitas vezes, argumentar contra a escolha da outra via de parto.

administração da página, e em seguida, aparecem os comentários dos participantes (marcados apenas pelas iniciais dos nomes)²⁶.

Então vamos lá...

Só de início...

A mulher leva uma anestesia na coluna que pode lhe lesar para sempre, algumas são aplicadas mais de uma vez e provavelmente irão causar alguma reação.

Depois...

Tem sete camadas do seu próprio corpo cortadas, uma a uma, até chegar ao útero, e depois tem essas sete camadas costuradas.

Continuando...

Ao levantar pela primeira vez, após o efeito da anestesia passar, sente que o mundo desabou em cima da sua cicatriz. Se sente fraca, tonta, enjoada, aflita e ainda assim, com toda a dor, fica de pé.

Tem um pós difícil, e apesar de alguns serem mais tranquilos que outros, não deixa de ser incômodo, e mesmo assim, com SETE camadas costuradas, cuida do filho, da casa e das obrigações.

Moral da história: Diga tudo! Só não diga que a mulher que opta pela cesárea é MEDROSA, COVARDE e FRACA.

Como eu sempre digo: "Realmente, não é toda mulher que deixa se cortar e carregar em seu corpo uma cicatriz eterna para trazer seu filho(a) ao mundo..."

LL: Sonhando com o dia em que a pergunta "vai ser/foi normal ou cesárea?" suma de vez de qualquer diálogo. Me perguntem se estamos bem, se nasceu com saúde e terei enorme prazer em responder.

MC: verdade (rsrs) o parto está sendo "o evento", e estão esquecendo do nascimento.

KM: O importante é dar à luz e cuidar dos nossos filhos com amor muito amor

VL:Nossa que Deus tenha piedade de quem abriu a boca para dizer que só quem opta por fazer parto normal ama o filho. Essa pessoa não sabe que existe gravidez de risco? Que parto normal não é tão seguro como dizem? Não importa como a mãe escolhe dar à luz ao seu filho, ela vai amá-lo da mesma forma, não pode levar em consideração sofrimento mas sim a vida que está vindo ao mundo, qualquer tipo de parto resulta em dor, está na hora de parar com esse preconceito de tipo de parto escolhido; afinal, vc acha que escolheu mas na verdade vc não escolhe nada, Deus é quem fez um ser diferente do outro,então paremos de querer que todos optem pelo mesmo tipo de parto.

NC: Independente de ser normal ou cesárea a mulher é guerreira batalhadora. pra dar a luz não se importa com peso, estrias ou qualquer outra coisa, simplesmente põe um ser humano no mundo e o chama de filho e luta por ele até os últimos dias de sua vida . Pelo simples prazer de ser mãe.

LD: Eu optei por estar bem na hora que meu filho chegou ao mundo; eu optei por diminuir o risco de sofrer violência obstétrica; eu optei por ter uma dor controlada sim, afinal, o mundo evoluiu e eu não preciso mais morar na caverna para viver minha natureza. Não sou medrosa, fiz fertilização in vitro e fiz exames que dão dor

²⁶ Ao transcrever os debates das comunidades do Facebook adotarei o mesmo procedimento: as participantes serão identificadas apenas com suas iniciais e a moderação com o nome da comunidade.

de parto normal, por isso optei por cesária, anestesia. Eu não tenho insegurança para precisar me provar que sou forte. Eu sei da minha força e sei de tudo que passei para ter meu filho, coisas que talvez quem critica não passou, teve facilidade de engravidar. Achar que parto normal dá a condição de ser mais mãe? Hipocrisia, na Cracolândia tem um monte de mulher grávida tendo parto normal e abandonando seu filho. Boa parte daquelas mães que jogam o filho no lixo tiveram parto normal. Entenda: o corpo é meu, o parto é meu, a vida é minha! A minha pergunta: o tipo de parto que escolhi interfere na sua vida íntima, no seu dia a dia? Se interfere, recomendo a procura de um psiquiatra, pois você não está bem! Teve 18 horas de parto, quase morreu e acha ótimo? Parabéns! Eu não sou a mulher-maravilha mesmo e prefiro correr menos riscos, tanto para mim quanto para meu bebê, com 45 min de parto. Queria estar garantindo minha sobrevivência para cuidar do meu filho.

DC: Nunca quis parto normal (acho medieval, tudo evolui, pq não o parto... pra mim é um sofrimento desnecessário para mãe e bebê). Me recuperei super rápido. Em 07 dias já estava dirigindo...²⁷

Por meio dessas falas conseguimos observar algumas noções mobilizadas nesse debate. A relação entre dor e parto e a associação entre dor e sofrimento são algumas delas. A dor se mostra presente no parto seja ele normal ou cesárea. A diferença é que a utilização de anestesia na via cirúrgica permitiria uma *dor controlada*. A dor de um parto normal sem anestesia é vista por muitas como *um sofrimento desnecessário*, já que hoje se contam com meios para aliviar a dor e não se está mais *nos tempos da caverna*.

As mulheres negam-se a serem chamadas de fracas ou medrosas por terem escolhido parir *sem dor*. Ressaltam sua própria escolha, como determinação, de passarem por uma cirurgia, de terem *7 camadas cortadas*, e ainda assim conseguem cuidar dos filhos e da casa, evidenciando que a dor é também um elemento presente, parte do processo; ela apenas viria depois, no momento do pós-operatório. A cesariana parece ser vista nessa comunidade como um risco menor que o parto normal, sobretudo para o bebê, e por isso se configura uma escolha válida da mulher.

O trecho selecionado da comunidade *Humanize-se* expõe a lógica da decisão do tipo de parto, que deveria ser pautada em informações com base na chamada “medicina baseada em evidências científicas”, e de acordo com estas a cesárea jamais poderia ser uma escolha, e sim uma necessidade. O tópico segue o mesmo esquema do apresentado acima:

Banalidade e tabu: cesariana desnecessária.
Ninguém pode dizer que é uma cirurgia porque ofende.
Ninguém pode dizer que tem riscos porque ofende.

²⁷ <https://www.facebook.com/maescsareaecia?fref=ts> Acessado em 15 de maio de 2015.

Ninguém pode dizer que bebê que nasce antes do início natural de trabalho de parto não tem maturidade pulmonar para nascer porque ofende.

Ninguém pode dizer que o pós-operatório é algo pessoal, mas que a cesárea continua sendo uma cirurgia de médio-grande porte porque ofende.

Ninguém pode dizer que PRECISA sim de muitos medicamentos porque ofende.

Ninguém pode dizer que cesárea eletiva (aquela com data e hora pré-agendados) desnecessária humanizada NÃO EXISTE porque ofende.

Ninguém pode dizer o super-obstetra omitiu ou mentiu indicações à gestante ao sugerir à cesariana porque ofende.

Ofende?

Por que a verdade ofende tanto?

Não somos nós, pessoas que defendem o verdadeiro respeito e qualidade no atendimento médico, que DESRESPEITAMOS.

Informação não é julgamento.

Sem informação não existe escolha consciente.

JO: Se uma mulher estuda sobre parto, lê todas evidências disponíveis, sabe dos riscos e dos benefícios, e no final da gestação diz: "Vou marcar minha cesárea por que nesse momento é mais cômodo pra mim, assumo os riscos."

É uma escolha consciente, mesmo que não seja a melhor. Mas não é o que acontece, a absoluta maioria escolhe sem se quer saber da existência das evidências científicas. O sistema vende essa falsa segurança, os próprios médicos acreditam nisso.

CM:Eu tive que escolher o melhor para meu filho que não estava em condições de enfrentar o trabalho de parto e NÃO me arrependo.

Tive uma cesárea maravilhosa, pós operatório foi um momento mágico porque aproximou muito mais meu marido do nosso filho, já que era ele quem dava os banhos, trocava e me passava nosso filho até que eu estivesse segura para isso.

E o que eu acho de todo esse movimento anti cesária? Uma bobagem porque assim como a amamentação é um fato de total escolha entre mãe e seu bebê, sem interferências e sem culpa é muito melhor.

Portanto, não julguem nem critiquem, não se sintam culpadas pela maneira que acontecer (cesárea ou normal, amamentação ou não) cada um com sua opinião, com seu tempo e sua vida, assim todos vivem mais e felizes!

VC: A cesárea nunca deve ser escolha e sim necessidade. Essa é a diferença que ofende.

Não é natural, não traz benefícios nenhum sem indicação. A informação é o mais importante. Se não foi possível ter o parto normal ok, isso deve acontecer em média 15% dos casos. Mas hj em dia os índices passam de 80%. Aleitamento materno é mil vezes melhor que qualquer outro suplemento. Não deve ser escolha também, privar o bebê de todos os anticorpos e nutriente que só o leite materno tem é uma violência contra o bebê. Salvo os casos raros de não produção.

PO: vc escolheu o melhor para o seu bebê??? Só se for o melhor para vc por que se pesquisasse um pouquinho mais vc ia saber o que realmente é melhor para seu bebê... Cesárea só a necessária não a DESNECESARIA!!!!!!!

Triste ouvir tanto egoísmo !!!

TF: Nada escrito ai em cima ofende, o que ofende é dizer que mãe que teve pn é mais mãe que a que tem cesárea. Eu optei pela cesárea, foi minha escolha, eu não tive nenhum problema na cirurgia nem no pós, eu cuidei do meu filho logo nos primeiros dias, agora digo que a cesárea eletiva salvou sua vida! Ele nasceu com um problema de respiração congênito e logo nos primeiros minutos não veio pra perto de mim... pq os primeiros exames da pediatra constataram a dificuldade de respirar que ele tinha... Se eu tivesse parido em casa ou um pn de horas num hospital? Nem gosto de pensar.... Admiro e respeito quem faz pn, acredito que todas devem se informar e escolher o que lhe cabe melhor. O Brasil ainda precisa melhorar muuuuito nessa questão de pn humanizado... Espero que melhore um dia!

Humanize-se: você escolheu a cesárea. Tudo bem. Mas escolheu baseada em que? Porque bebê sentado não impede o parto normal. E pelo que entendi.... você disse que

esta foi a única solução. Sendo que não, não é. Então simplesmente fale: eu quis cesárea. Não precisa justificar e espalhar um mito²⁸.

De acordo com as participantes dessa comunidade, a cesariana não deveria ser uma opção, e sim uma cirurgia realizada em caso de necessidade. É possível inferir pelas falas que as participantes entendem que uma mulher “*verdadeiramente informada*” jamais escolheria uma cesariana, e que caso venha a escolher essa opção, o faz com base em elementos que não consideram as “*evidências científicas*”. O parto normal é defendido também por ser melhor para a saúde do bebê, mesmo que doloroso para a mãe. Nota-se também uma forte associação entre verdade e ciência, como se esta última fosse neutra, e como se a ciência não fosse constituída por verdades provisórias.

Já as participantes da comunidade *Mães, cesárea e cia* entendem que a cesárea é menos arriscada para o bebê, mas que oferece mais riscos para a mãe, já que se trata de uma cirurgia de médio porte. Nesse ponto as participantes dos dois grupos parecem concordar em colocar o que consideram “*o melhor para o bebê*” em primeiro plano, e em seguida o melhor para a mãe. Em comum também há a forma enfática com que defendem seu direito de decidir sobre o parto e sobre as demais escolhas em pauta. O sentido atribuído à dor do parto é diferente entre os dois grupos, contudo.

De acordo com Le Breton (2013), a dor é um fato de existência e não um fato fisiológico. “Ela é (...)impregnada de social, de cultural, de relacional, é fruto de uma educação. Ela não escapa ao vínculo social. (...) A dor não é um dado bruto, mas a consequência humana de uma doação de sentido que implica, portanto, uma atitude específica” (p.14). Para o autor, uma característica da vivência da Modernidade, é que nela a **dor perdeu o sentido**, mas afirma que nem sempre foi assim. “O homem não foge sempre da dor, embora a modernidade veja nela um arcaísmo que a medicina deveria erradicar sem demora. Existem usos sociais da dor; de fato, ela é um instrumento que pode ter muitas finalidades (p. 20) ”.

A visão de que a dor do parto é um “sofrimento desnecessário”, que sentir dores horríveis seria como viver na “idade das cavernas” revela uma visão sobre a dor alinhada aos valores da Modernidade. Segundo o autor, “a dor é hoje um nonsense absoluto, uma verdadeira tortura. Traduz a irrupção do pior que a morte numa sociedade que já não incorpora o sofrimento

²⁸ Fonte: <https://www.facebook.com/humanizesse?fref=ts>. Acessado 20 de março de 2015.

nem a morte como dados da condição humana” (p. 167). Ele afirma que como não se vê mais valor moral na dor, o homem fica sem recursos próprios para lidar com seu sofrimento. E continua: “Ela (a dor) se tornou um escândalo, à semelhança da morte ou da precariedade da condição humana, (p. 170) ”.

Já as adeptas do ideário do parto humanizado ressignificam a dor do parto, recusando-se a associá-la ao sofrimento. Hirsch (2014), que entrevistou mulheres de camadas médias que haviam vivenciado o chamado parto humanizado, apontou que nesse grupo “havia de antemão o desejo de sentir as sensações provocadas pelo parto, tendo a experiência sido fruto de uma escolha deliberada”. Para Hirsch, tal decisão havia sido resultado de um **processo de posituação das sensações** pelo qual as mulheres passaram ao participarem de aulas de preparação para o parto, lerem livros e verem filmes sobre o tema, e também pela exposição à noção de que o parto poderia ser vivido como uma fonte de prazer e satisfação (emocional, espiritual e sexual). Essa experiência narrada pela autora mostra o quanto de aprendizado há na inscrição da dor nos corpos e também na sua expressão, corroborando as proposições de Le Breton; bem como a diferença dos sentidos atribuídos à dor do parto pelas mulheres das duas comunidades.

A construção das referências: parto no SUS x parto de princesa

Um dos assuntos que mais gerou repercussão e debates nas comunidades estudadas no *Facebook*, durante o período da etnografia, foi o nascimento da princesa Charlotte da Inglaterra²⁹, bisneta da rainha Elizabeth. É comum no circuito materno, principalmente entre as adeptas do parto normal, que sejam divulgadas notícias de celebridades que tenham tido parto normal. A princesa Kate deu à luz por meio de um parto normal, poucas horas após chegar ao hospital e recebeu alta no mesmo dia do nascimento do bebê. Essa notícia foi motivo de celebração em diversos *blogs* e páginas maternas. No entanto, as participantes da comunidade *Mães, Cesária e cia*, abordaram a notícia sob uma perspectiva diferente. Reproduzo o tópico iniciado pela moderação da página abaixo.

Simplesmente não se fala mais em outra coisa nos grupos e páginas maternas do facebook...

"Princesa Kate pariu"

"Princesa Kate teve parto normal"

"Princesa Kate Diva, esperou até 41 semanas"

²⁹ <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2015/05/segundo-filho-de-kate-e-william-bebê-real-nasce-em-londres.html>

" Uma princesa parindo e as mulheres no Brasil fazendo cesárea "
 "É princesa parindo e o Brasil campeão em cesárea "

...

A princesa Kate é linda, e sua filha e ela passam muito bem, obrigado.

Porém, essas comparações são ridículas...

A princesa Kate teve o parto realizado pelo obstetra Guy Thorpe-Beeston, seu ginecologista e por Alan Farthing, médico da rainha, e com o auxílio de quatro parteiras, no melhor hospital do seu país com direito a analgesia para alívio da dor. A princesa Kate teve uma gestação bem acompanhada, pré-natal impecável com direito aos mais caros exames.

A princesa Kate não ficou horas esperando na recepção por atendimento.

A princesa Kate não foi jogada aos cantos de uma sala de pré-parto, sozinha, acuada e com dores, cheia de insegurança e medo. A princesa Kate não sofreria uma episiotomia sem autorização da mesma.

Os médicos da princesa Kate não esperariam o bebê entrar em sofrimento fetal para fazer uma cesárea, e nem a negariam caso ela solicitasse uma, então parem com essa porra de querer comparar a princesa Kate com as mulheres que sofrem até a morte para parir no SUS!

Será que eles fizeram a manobra de kristeller na princesa Kate?

Será que usaram fórceps?

Será que enquanto ela gemia de dor ela ouviu alguma ironia da equipe que a acompanhava?

Parem de vomitar merda nas redes sociais!

Acordem!

O que a gente tem aqui é o SUS.

Chega de comparar Brasil com países desenvolvidos, chega de comparar princesa com plebeus!

Faz um seguinte, liga a merda da televisão e assiste tele jornal. Aqui no Brasil só fazem uma cesariana para tirar um bebê quase morto porque a porra do governo não pode pagar a merda da anestesia da cesárea!

Parem de mimimi!

Bando de hipócritas "humanizadas"!

#mejulgue³⁰

A discussão que se seguiu na comunidade foi bastante longa³¹, principalmente porque algumas defensoras do movimento de humanização do parto entraram na conversa e tentaram argumentar com as participantes da Comunidade. Inicialmente as colocações ficaram em torno do debate parto normal *versus* cesárea, mas em seguida acabou ocorrendo um debate sobre a assistência ao parto no Brasil. Essa discussão revelou um aspecto importante sobre a dinâmica dessa aparente polarização em relação à via de parto: ao debaterem sobre o parto normal da princesa, na verdade as participantes estavam discutindo sobre a realidade do sistema obstétrico

³⁰ <https://www.facebook.com/maescsareaeicia?fref=nf> .Acessado em 6 de maio de 2015

³¹ Ao transpor todas as falas do debate para um documento em Word foram necessárias mais de 70 páginas.

brasileiro e sobre como suas referências sobre o que seria um bom ou mau parto são construídas. As participantes da Comunidade *Mães, Cesárea e Cia*, questionam a possibilidade de se ter um “parto de princesa” no Brasil, tendo em conta o atual sistema de saúde. Já as defensoras do movimento de humanização do nascimento afirmam que essa é uma luta factível e que com a capacitação dos profissionais isso seria possível. As primeiras indicam que constroem suas referências com base em vivências próprias, de familiares, pessoas conhecidas; as segundas a partir dos resultados das últimas pesquisas da “Medicina baseada em evidências científicas”.

O parto no SUS aparece nas colocações das participantes da comunidade *Mães, Cesárea e Cia* quase como uma categoria nativa. Tornou-se sinônimo de um parto desrespeitado, violento e de alto risco. Vejamos algumas das falas sobre o parto no SUS:

E.F.: "Todas podem parir como a princesa"??? Hein??? Se todas pudessem parir como a princesa, não tinha tantos bebês e tantas mães mortas no SUS, devido a partos normais (que de normais não têm nada!) forçados, quando a opção mais prudente seria a cirúrgica...

E.A.: Quem reclama tanto do SUS normalmente é quem nunca usou.

E.F.: Ou então quem reclama do SUS é pq precisou dele e não conseguiu ser atendida com dignidade, né?

Tem determinados hospitais que funcionam perfeitamente com o SUS e outros onde o atendimento é vergonhoso. Já passei pelos dois casos então entendo qdo alguém reclama.

C.O.: Com relação à assistência ao PN, o Brasil deixa muito a desejar. Ou você paga uma cesárea, ou paga uma equipe humanizada. Tudo para fugir da violência obstétrica, isso é inadmissível, já pagamos impostos caríssimos, e essa troca de "farpas" entre mulheres que fizeram cesárea, e mulheres que tiveram PN, não leva a lugar algum.

L.A.: Onde moro não tem nem médicos nas unidades de saúde SUS, imagine parto humanizado então!

Mães, Cesarea e cia:: Se tivéssemos uma assistência decente ao PN acredito que não seria assim. A cesárea se tornou uma fuga, qualquer convênio cobre (cobria), e isso não é porque as mulheres não sabem parir, isso é porque as mulheres têm medo de serem violadas e maltratadas na hora de parir.

Essa discussão evidencia que a vivência ou expectativa de um mau atendimento nos hospitais públicos não é ignorada pelas gestantes e entra nos elementos que estas levam em conta na hora de decidir por sua via de parto. Os argumentos levantados pelas adeptas da humanização do nascimento de que as mulheres são “enganadas pelos médicos”, que são levadas a crer que não “sabem parir”, ou que suas “escolhas não são bem informadas” são rechaçados pelas participantes dessa comunidade. Como demonstra as falas abaixo:

2.2 O parto para as entrevistadas

A seguir apresento o que foi dito nas entrevistas quanto aos temas relativos à gestação e ao parto.

A chegada da gravidez

Um dado a salientar é o fato de cinco das entrevistadas terem engravidado sem planejamento, embora relatassem ter o desejo de engravidar no futuro. Luiza engravidou logo após iniciar o mestrado e passar a viver com seu companheiro; disse que a gravidez se antecipou em um ano em relação ao planejado; Marisa engravidou quando não planejava mais ter filhos, pois sua filha e o filho do marido, de outra relação, estavam com 15 anos. Já Vanessa nunca havia pensado em ser mãe e engravidou ainda durante a graduação; disse que recebeu com “susto” a notícia, mas decidiu que encararia a situação “como uma benção”. Assim como Natália, que disse também ter recebido a notícia da gravidez “como uma benção” pois acreditava que teria problemas para engravidar (embora só planejasse ter filhos dentro de alguns anos). De um modo geral, apesar do “susto” que muitas relataram e das mudanças de planos que sabiam que a gravidez traria, todas receberam bem a notícia e decidiram prosseguir com a gestação.

Já as outras entrevistadas que planejaram a gestação, fizeram também uma série de arranjos prévios para se prepararem para a chegada do bebê. Como Beatriz que fez os cálculos de quando seriam as férias de sua faculdade e destinou dois meses do ano à tentativa de engravidar. Caso não engravidasse nessas tentativas, esperaria mais um ano para tentar novamente. Roberta deixou o trabalho ainda na gestação para se preparar para a chegada da filha e Daniela, antes de engravidar, decidiu se estabilizar profissionalmente e criou um arranjo que lhe permitisse trabalhar em casa e assim conciliar sua vida profissional com os cuidados do bebê. Já Juliana e o marido sempre quiseram esperar o casamento completar cinco anos para terem filhos; e assim o fizeram.

De um modo geral, as entrevistadas tiveram gestações tranquilas sem intercorrências. Apenas uma delas passou por uma gestação de alto risco, que envolveu um grande período de repouso. Todas as entrevistadas utilizaram serviço de saúde privado, através de convênios ou de médicos particulares. Apenas uma entrevistada iniciou seu atendimento no SUS, mas em seguida passou a ser atendida por médicos particulares ao optar por uma obstetra humanizada. Em geral, as mulheres iam à consulta médica acompanhadas pelo pai da criança e, quando este eventualmente não podia participar, a figura preferencial para acompanhamento era a mãe da gestante. Apenas uma delas relatou o próprio pai como acompanhante.

As mulheres lembravam com muito afeto a companhia do marido nas consultas e reconheciam essa atitude como especial, como uma "forma de carinho". Roberta relatou que seu marido inclusive chegou a ir a uma das consultas sozinho, sem ela, para levar o resultado de um dos exames e receber a avaliação e orientação do obstetra. Duas entrevistadas iam sozinhas às consultas, uma por *questões logísticas* e outra dizia não precisar (por ser de família de médicos e estudante de medicina), mas contava com a companhia do marido nas consultas em que eram feitas ultrassonografias. Pela fala das mulheres, o acompanhamento às consultas pré-natais não era visto por nenhuma como **atribuição do homem**.

Quando perguntadas sobre qual era fonte de informações mais confiável durante a gestação, as mulheres separaram as esferas "físicas" e "emocionais" ou "psicológicas" para darem suas respostas. Para a parte "física", o médico era a grande figura de conhecimento em que se apoiavam. Mesmo as adeptas do parto humanizado, que costumam problematizar a posição de saber/poder do médico, confiavam no saber do médico sobre a gravidez (ou na figura equivalente da obstetriz). Para a questão das "emoções", ou da "parte psicológica", preferiam conversar com as mães, amigas, ler livros ou informações obtidas na *internet*.

A escolha do parto

Para as entrevistadas, a experiência familiar parece ter sido o principal ponto de referência para pensar o parto e construir a noção de um bom ou mau parto. Os relatos das experiências de avós, tias e, sobretudo da mãe, marcam o parâmetro do que se deseja para o próprio parto, seja afirmando a vivência materna, seja tomando-a como referência do que não se deseja para o próprio parto. Algumas entrevistadas disseram ser necessário **desconstruir** algumas das noções anteriores que tinham sobre parto para vivenciarem seu processo de escolha pessoal. Houve poucas referências à influência da experiência de familiares da mesma geração, como irmãs ou primas para a escolha do parto, já a menção à experiência de amigas da mesma geração é um pouco mais frequente.

As informações obtidas na *internet* através de *blogs*, *sites*, listas de discussão e afins, contribuíram para que as gestantes conhecessem mais sobre detalhes dos tipos de parto, procedimentos executados, e sobre as especificidades do que seria um parto humanizado, por exemplo. Mas a decisão entre um parto vaginal e uma cesariana parece ter sido construída a partir das referências familiares para a maioria das entrevistadas.

O marido aparece na maioria dos relatos como alguém que serve de suporte e fornece apoio para a mulher tomar as decisões, alguém que pensa conjuntamente em possibilidades,

mas a decisão do tipo de parto, segundo os relatos, fica a cargo da mulher. Como é o caso de Janie, que cresceu ouvindo os relatos dos partos normais da mãe e da avó, que falavam positivamente da situação.

Quando Janie engravidou pela primeira vez aos 15 anos, era essa sua referência de um bom parto. Leu bastante sobre gestação e parto e na gravidez fez duas vezes o curso sobre o nascimento oferecido pela maternidade em que teria o bebê. Para ela o parto seria normal, salvo algum problema durante o mesmo que a fizesse precisar de uma cesárea. No entanto, quando estava no início do trabalho de parto no hospital, seu médico a examinou e disse que *o bebê era grande e não passaria*. Em suas próprias palavras: *ele me levou para uma cesariana e eu chorei muito. Ele escolheu meu parto*. Quando engravidou pela segunda vez, doze anos depois, encontrou uma amiga que lhe disse que ela poderia ter um parto normal, apesar da cesárea prévia. Essa amiga tinha acabado de ter um parto humanizado e lhe deu muito material de leitura sobre o parto. Logo em seguida, começou a participar de um grupo de gestantes presencial semanalmente e de uma lista de discussão virtual sobre parto humanizado. Nessa época uma colega de trabalho lhe disse que havia tido um parto domiciliar; então, ela diz ter quebrado um estereótipo que tinha de que apenas certo tipo de mulher tinha parto normal e viu que o parto natural/normal era possível para todas as mulheres. Para o nascimento de sua filha optou por um parto domiciliar. *Então eu escolhi. Escolhi como parir, nasceu em casa, fui respeitada e acolhida e autônoma nesse processo de escolha*.

Já Beatriz cresceu com a mãe falando de seus partos *anormais*. A mãe dizia que a dor era muito grande e que por conta dos partos, havia precisado de duas cirurgias no períneo, com recuperações bastante dolorosas. Além disso, o pai de Beatriz é cirurgião, havia realizado muitos partos ao longo de sua vida profissional e também dizia que a cesariana era melhor. Ela diz que a opinião contrária ao parto normal, que os pais sustentavam com sua experiência pessoal e profissional, influenciou muito em sua decisão e que em sua família nem se considerava a possibilidade de parto normal; nenhuma de suas irmãs cogitou essa alternativa. Em suas palavras, ela era *absolutamente contra o parto normal*. Além disso, contava com uma indicação absoluta de cesárea, por placenta prévia³³ que a impedia de ter um parto vaginal.

³³ A placenta prévia é uma complicação da gravidez causada pelo posicionamento da placenta, que se implanta na parte inferior do útero, cobrindo parcial ou totalmente o colo do útero. Se a placenta estiver obstruindo completamente o colo do útero, o parto normal se torna impossível. Fonte: <http://brasil.babycenter.com/a1500570/placenta-pr%25C3%25A9via#ixzz3duej80ay>. Acessado em 23 de junho de 2015.

Beatriz conta que teve complicações sérias no parto por hemorragia, que quase morreu e que também teve uma recuperação muito difícil no pós-operatório, o que a impossibilitava de cuidar bem do bebê. Essa situação a fez rever sua posição, e diz que num próximo filho tentaria o parto normal. *Depois que eu tive vi que todos são difíceis, são iguais. Hoje eu teria um normal. Mas não tem escapatória, sai do espeto e cai na brasa. É por cima, é por baixo, tudo dói demais.* Beatriz diz que as amigas que optaram em sua maioria pelo parto humanizado a recriminavam por escolher cesárea e ela as recriminava por escolher o parto normal. Ela se sentia incomodada porque, em sua perspectiva, as pessoas adeptas do parto normal, não respeitam a decisão de quem opta por cesárea. *Acham que você é errada por querer um parto cesárea. Eles veem a cesárea como uma derrota e não é. A dor é igual, o sofrimento é igual.*

Natália diz que pela experiência contada pela mãe sempre quis ter parto normal: *foi uma vontade de sempre;* e era contra a ideia de partos agendados. Ao longo da gestação foi descobrindo mais sobre o parto humanizado através de um grupo de gestantes, de amigas e de sua doula. Teve medo de ser forçada a fazer algo que não queria em relação ao parto pois sabia que sua médica era mais *padrão* e praticava mais cesarianas; mas como confiava muito nela, acreditava que teria um parto normal, e teve *exatamente o parto que queria.*

Já o médico de Roberta havia sugerido uma cesariana desde o início da gestação para aproveitar a cirurgia e realizar um procedimento em seus ovários. Ela pensa que se consultasse outro profissional talvez ele tivesse um entendimento diferente. Diz ter sido uma escolha difícil, mas como confiava muito no médico, concordou e *arriscou.* O parto, em suas palavras, *foi maravilhoso, do jeitinho que eu quis.* O marido esteve com ela durante o parto e, por ser cesárea, a família pode assisti-lo através de uma janela no centro cirúrgico.

Juliana contou que sempre quis parto normal. Sua mãe havia tido todos os filhos de maneira normal e essa era sua referência. No fim da gestação, no último exame de ultrassom, o médico lhe disse que *o bebê estava grande, mas que estava longe,* e que não nasceria com 40 semanas. Ela disse ter ficado com medo de esperar e decidiu fazer a cesárea um dia antes de completar 40 semanas. Diz ter chorado muito indo para a sala de cirurgia, e que achou o anestesista *frio;* lembra do marido lhe responder que esse era o comportamento normal dos médicos, *o esperado.* No momento do nascimento disse não ter tido aquele *clique, aquela cena de novela com a mãe e o pai emocionados.* A médica fez o que ela queria, colocou o bebê em seu peito para sugar, *mas eu ficava pedindo pro meu marido afastá-lo, pois eu estava com falta de ar.* A recuperação da cirurgia foi dolorosa, dificultou os cuidados com o bebê, mas foi

suportável. Juliana diz que se tivesse outro filho gostaria de tentar o parto normal, mas que se precisasse de cesárea, *tudo bem também*.

Por meio desses trechos das entrevistas é possível observar diferentes desfechos para o processo que resulta no nascimento dos bebês, que atenderam, ou não, às expectativas das mulheres. O desfecho final depende não só do desejo da mulher, mas das condições de evolução do trabalho de parto, das decisões do médico durante todo o processo e, também, do imponderável.

O estabelecimento de uma relação de confiança com o médico obstetra é um fator de grande relevância para as entrevistadas, como uma garantia de que este acolheria a decisão da mulher em relação ao parto e zelaria por esta escolha dentro dos limites de segurança da mãe e do bebê. O não estabelecimento dessa relação de confiança levou algumas delas a trocar de obstetra no meio da gestação. Em apenas duas situações as entrevistadas relatam que os médicos escolheram o tipo de parto (cesárea) sem considerar a vontade da mãe, mesmo havendo condições para tal. A negociação entre a mulher e seu médico não se restringe apenas ao tipo de parto, mas também a procedimentos realizados durante e após o mesmo, como a realização ou não de episiotomia, o momento do corte do cordão umbilical, a decisão de se o bebê irá diretamente para os braços e seios da mãe ou se irá passar primeiro pelos procedimentos do hospital, ou quem estará presente no momento do parto.

Natalia, por exemplo, negociou a participação de uma doula no parto com sua médica, que nunca havia trabalhado com esse tipo de profissional. Juliana pediu que, após a cesárea, a médica colocasse o bebê em seu seio para mamar e não o levasse imediatamente para os procedimentos de rotina. Luiza quis que seu parto normal fosse na água e Marisa quis, por exemplo, ver sua placenta. Ou seja, no parto ocorrem inúmeras situações que podem ser “negociadas” entre a mulher e o obstetra que vão além da via de nascimento.

Parto ou gestação como projeto

Como mencionado na introdução deste trabalho, uma das características da experiência materna no grupo estudado é que esta é vivenciada como um projeto no qual o parto ganha centralidade, e que passa a ser entendido como um projeto da mulher e/ou do casal. Quatro das entrevistadas optaram pelo chamado “parto humanizado” e para que lograssem tal objetivo precisaram apresentar “uma conduta organizada para atingir finalidades específicas”, nos termos de Velho (2009:12) quando se refere à noção de “projeto”, como demonstra a situação de Marisa.

Marisa e o marido já tinham filhos de relacionamentos anteriores quando descobriram a gestação. Os dois filhos haviam nascido por cesáreas não desejadas e o casal desejava muito que o nascimento do novo bebê fosse diferente. Ela, que é atriz, conta que a *força do parir* era um tema recorrente no teatro e que tinha um problema por não saber o que era essa força, dizia que *tudo relacionado à palavra parir incomodava*. Quando estava buscando uma obstetra adepta do parto normal, conversou com amigas que haviam tido partos domiciliares e passou a se consultar com a mesma médica das amigas. Assim, ela e o marido conheceram o universo do parto humanizado e *o parto se tornou um projeto conjunto*, tal como o casal grávido descrito por Salem (2007).

Marisa conta que o marido participou de tudo desde o início da gestação e a acompanhava a todas as consultas. Seu marido também participou ativamente do parto, apoiando-a durante todo o processo. *Meu marido foi fundamental no parto, foi minha doula. Ele queria ver tanto esse parto, estava super ansioso que fazia o que eu mandava fazer, parecia um escravo mesmo*, brinca Marisa. Ela diz que o parto foi um processo de superação, que a questão da dor foi muito forte para ela, mas ao descrever o parto parece ter guardado na memória sobretudo o aspecto positivo do processo, e resumiu: *O parto foi muito gostoso, era pra termos vivido isso juntos*.

Ela conta que o casal já tinha como hábito dialogar bastante e tomar decisões em conjunto. Em suas palavras: *temos afinidades e visão de mundo parecidas. Nas decisões discutimos muito e chegamos a um consenso*. Então a vivência conjunta, igualitária, de todo o processo de gestação e parto não foi uma novidade na relação. E continuaram nessa linha nos meses seguintes, quando tiveram que decidir sobre amamentação, cama compartilhada, divisão de tarefas e assim por diante.

O parto se mostrou muito significativo na vivência atual da maternidade. O que parece aproximar a situação das mulheres apresentadas nesse tópico é o fato de todas buscarem autonomia e controle sobre sua experiência de gestação e parturição. Desde o planejamento prévio, definição dos arranjos para o parto, as mulheres vivem a gestação e o parto como um projeto, pessoal ou do casal.

A realidade do sistema obstétrico brasileiro faz com que as mulheres de classe média que tenham condições de escolher optem por soluções diferentes para seu parto. Os fatores de decisão são múltiplos, mas entre as optantes pela cesárea, os principais fatores parecem ser: o

medo da dor, o medo de violência institucional/obstétrica, referências negativas sobre o parto normal e uma percepção de que este oferece um risco maior que a cesárea.

Em relação à escolha pelo parto normal, os principais fatores se mostraram ser as referências familiares positivas sobre o evento, a percepção de que o parto normal oferece menos riscos para o bebê e para a mãe, o desejo de viver corporalmente essa experiência, e a aceitação dos resultados das pesquisas científicas que indicam que o parto normal é mais saudável e seguro.

A aparente polarização entre as adeptas do parto normal e da cesárea mostraram que existem outras questões implícitas na escolha de uma ou via de nascimento que subjazem às essas escolhas e separam esses dois grupos de mulheres: o sentido atribuído à dor, os elementos levados em conta na construção da noção de um bom parto e a percepção de risco no parto. O principal ponto que as aproxima parece ser a importância dada à autonomia das escolhas femininas sobre o próprio corpo, ainda que a autonomia seja uma experiência diversa para as mulheres, incidindo sobre distintas concepções do corpo e da dor envolvida no parto.

CAPITULO 3. O PÓS-PARTO

Se a gestação e o parto podem ser vividos como situações nas quais a mulher exerce agência e controle, o pós-parto parece se caracterizar pela vivência da perda de controle por parte da mulher, ao menos nos primeiros momentos. A seguir, são apresentados os resultados do material etnográfico referentes ao pós-parto e também à amamentação, tema que se tornou de grande relevância para compreender a experiência desse período.

3.1 O pós-parto das entrevistadas

Os primeiros dias

Todas as entrevistadas contaram com ajuda da família nos primeiros dias após o nascimento do bebê. Em geral os maridos tiraram férias, e algumas das mães também estavam à disposição, ao menos nos primeiros dias após o parto. Duas das entrevistadas tiveram ajuda da mãe até o fim da *dieta* ou *do resguardo*, o período de 40 dias após o parto em que tradicionalmente a recém-mãe necessita de repouso. Em geral, as mães das mulheres ajudavam cozinhando, cuidando das roupas do bebê e dando um *apoio moral/psicológico*, já os cuidados com o bebê ficavam à cargo da puérpera e do marido. Nenhuma das entrevistadas relatou ter ajuda profissional, seja de babá ou enfermeira, nos cuidados com o bebê nesse período; a maior parte contava com a ajuda de empregadas diaristas para as tarefas de limpeza da casa, e apenas duas contavam com uma empregada mensalista.

Não há um consenso sobre se as visitas nesse período são positivas. Há aquelas que preferem receber na maternidade, outras em casa e outras gostam apenas de receber visitas de pessoas muito próximas. Marisa conta que em seu primeiro parto havia por volta de 30 pessoas acompanhando-a na maternidade no momento do nascimento de sua filha, que foi uma grande festa. Já Natália conta que ficou incomodada com tantas visitas na maternidade, mas não manifestou seu desconforto porque preferia isso a ter de receber em casa.

A presença do marido foi considerada fundamental para a vivência desse momento inicial pela maioria das entrevistadas. Roberta contou que sua maior surpresa no período foi o grande apoio que o marido lhe brindou e sua presença constante. Em suas palavras: *Nunca vou esquecer que meu marido tirou um mês de férias para ficar comigo, isso foi essencial. A ideia de ter um segundo filho só existe porque ele estava lá no primeiro mês. Fazia de tudo, me ajudava muito.* Em relação a esse momento inicial, apenas uma entrevistada disse que o pai da

criança não a ajudou com os cuidados do bebê. Outras duas se queixaram de que o marido apenas ajudava se elas pedissem, nunca por iniciativa própria.

Para Juliana, o regresso do marido ao trabalho depois de suas férias foi um momento difícil, pois acreditava que não conseguiria cuidar do bebê sozinha. Sua recuperação do parto, que foi uma cesárea, havia sido bastante dolorosa e havia lhe impedido de cuidar bem do bebê nos primeiros dias. Ela conta que chorava muito *pela dor mas também por não reconhecer o próprio corpo no espelho*. Juliana diz ter passado por um momento de grande dificuldade quando, com 15 dias, seu filho engasgou durante uma mamada e ela se desesperou. Após esse evento, ficou com medo de voltar a amamentar e passou a dar mamadeira para o bebê. Uma amiga lhe indicou uma doula especializada em amamentação que lhe ajudou a retomar o aleitamento, porém conta que continuou com medo de amamentar sozinha o bebê, o que fez necessário que sua mãe a visitasse com mais frequência e lhe fizesse companhia durante as mamadas. Aos poucos foi superando o medo e no momento em que concedeu a entrevista já amamentava sozinha.

A experiência de seu primeiro pós-parto, na qual viveu uma depressão, fez com que Janie se preparasse bastante para sua segunda vivência. Conversou bastante com o marido sobre o que não queria que acontecesse, como receber visitas em demasia, ouvir palpites ou histórias trágicas, pois sabia *que estaria fragilizada, que ia querer chorar*. Ela relata que o marido foi fundamental pois ele era quem controlava as visitas e abria a porta do quarto onde ficava com a bebê. Ela conta que queria estar sempre com a filha no colo, que isso a deixava segura. Para esse período, organizaram-se para que ela não tivesse que cuidar da casa, o marido tirou 30 dias de férias, prepararam antecipadamente comidas, fizeram compras e contavam com a ajuda de uma diarista duas vezes na semana. Seu filho também estava em férias escolares o que contribuiu para a casa tivesse uma *velocidade de bebê*. Nas palavras de Janie, esse período *Foi uma lua de mel de uma bebê que mamava muito, e de uma mãe que queria amamentar muito também. Foi delicioso*.

O sono e os bebês

A falta de sono ocasionada pelos cuidados com o recém-nascido é um assunto bastante discutido no circuito materno. É possível encontrar inúmeros grupos dedicados à discussão desse tópico onde são debatidas técnicas e estratégias para que o bebê durma melhor, indicações de livros, histórias de sucesso e também desabafos. Por este ser um assunto recorrente nas plataformas maternas foram incluídas algumas perguntas no roteiro sobre o tema. No entanto, dentre as entrevistadas, apenas duas identificaram o sono do bebê como uma questão muito

difícil. Essas duas crianças tinham por volta de dois anos e ainda despertavam algumas vezes à noite, em geral para serem amamentadas, o que deixava as mães bastante cansadas. No entanto, as duas mulheres disseram que embora fosse uma fase difícil, sabiam que em algum momento ia passar, e por isso não tomavam medidas como o desmame noturno ou algum tipo de treinamento de sono para tentar que as crianças dormissem a noite inteira.

As demais relatam terem passado por um período de cansaço físico ao se adaptarem às poucas horas de sono, mas não consideraram um período prolongado, cabendo destacar que cada mulher tem seu entendimento sobre o que seria um período razoável para o bebê entrar numa rotina de sono satisfatória para a mãe.

3.2 Expectativas x realidade: *O que ninguém conta pra gente*

Ao longo da pesquisa, seja durante as entrevistas, nos textos dos blogs maternos, nas discussões de Facebook ou ainda nos relatos de pós-parto, uma frase, em tom de queixa, era repetida com frequência: *Isso ninguém fala pra gente*, ou *ninguém me avisou que seria assim*. Como compreender essa colocação dita e escrita de forma recorrente pelas mulheres?

O que é “isso” sobre o que ninguém fala com as futuras mães? A resposta a essa pergunta aparece de diversas maneiras: *ninguém falou que seria tão difícil ficar sozinha, que seria tão bom, que seria tão ruim, que o bebê ia mamar tanto, ou que seria tão difícil amamentar, que seria tão difícil me separar do bebê*, ou ainda, *que gostaria de fazer coisas sem o bebê*. Uma vez que o “isso” da frase se mostrou variável, quem seria esse “ninguém”? Outras mães, a própria mãe?

Essa frase parece ser um indício de que uma das dimensões da experiência da maternidade, tal como vem sendo vivida pelas mulheres estudadas nessa pesquisa, é a da sensação de uma espécie de *isolamento social*. Há pouca convivência concreta com outras mães, não há tantos modelos próximos horizontais, que não impliquem hierarquias de experiências e saberes, mas sim compartilhamentos, como é o caso de amigas, primas, vizinhas, que sirvam de parâmetro para questões como sono do bebê, duração de mamadas, vida sexual do casal com filhos e outras vivências comuns. Questões que, como aponta Almeida (1987), há cerca de duas gerações eram vividas, compartilhadas e resolvidas no seio do grupo familiar ou da rede de referência mais próxima da mulher, tornam-se grandes surpresas, sem referências sociais, para as novas mães que não haviam convivido com bebês, ou com puérperas. Era possível que não se *falasse* sobre a maternidade e seus desafios há algumas gerações, mas a prática da maternidade era *vista* e de alguma forma incorporada em um dia a dia que era

compartilhado, fazendo com que suas formas de vivê-la fossem naturalizadas. A mulher não era defrontada com as inúmeras alternativas a que as mulheres estão hoje expostas.

O que também parece estar nas entrelinhas do *isso ninguém havia me falado* é um abismo entre as expectativas sobre a maternidade e a realidade, sendo que a pouca convivência com mães e crianças pequenas contribui para que a distância entre o imaginado e o vivido se alargue.

Tomando como exemplo o aleitamento materno, muitas entrevistadas e também participantes das comunidades do *Facebook* disseram imaginar que amamentar seria algo *natural*, que a mulher apenas seguindo *seu instinto* daria conta da tarefa. Mas a técnica corporal do aleitamento materno é “um comportamento” e, como tal, precisa ser aprendido. Hoje as mães não convivem necessariamente, no espaço doméstico, com mulheres que amamentam, e por isso desconhecem referências para esse comportamento.

Uma das entrevistadas, repetiu essa afirmação muitas vezes ao longo de nossa conversa. O que mais a havia impactado era a dificuldade de ficar em casa o dia todo brincando com o bebê. Em suas palavras:

Isso ninguém conta pra gente, que é tão difícil ficar em casa, sem sair. Acho que as dificuldades são tantas que as pessoas não dizem, senão ninguém mais teria filhos, ou mais de um filho; ou acho que esquecemos. Deve ser um mecanismo da natureza. Ninguém te diz que você não vai poder mais ir no restaurante, ou que uma saída vai demorar tanto.

Juliana disse que quando começou a sair para shoppings e parques, conversando com outras mães em fraldários, viu que muitas reclamavam da mesma situação de *isolamento social*.

As expectativas em relação à maternidade nos relatos de puerpério

A análise dos relatos de puerpério mostra também que as expectativas em relação ao momento do pós-parto diferem muito da realidade vivenciada pelas mulheres estudadas nessa pesquisa. Nos relatos há uma ideia recorrente, a de que existe um lado da maternidade sobre o qual ninguém fala e que só é descoberto quando você se torna mãe. São também frequentes as constatações sobre as dificuldades serem maiores que as esperadas, da existência de uma pressão social para que as mães se mostrem felizes e sem sentimentos ambíguos em relação à maternidade e a existência de um julgamento constante em relação às escolhas das mulheres no tocante à maternidade e à criação dos filhos. Como apontado no relato abaixo:

Antes eu julgava, hoje compreendo.

Julgava as mulheres que optavam por um “parto sem dor”. Hoje, após viver a intensa dor do parto, eu as compreendo.

Julgava as mães que não queriam amamentar seus filhos. Hoje, após ter vivenciado os bicos do seio rachado, o leite empedrado e tantas outras dores e desconfortos inerentes à adaptação da amamentação, eu as compreendo.

Julgava as mães que deixavam seus filhos aos cuidados dos outros. Hoje, depois de viver alguns dias e noites de choro intenso e intermináveis, onde nenhuma teoria bonitinha se aplica, eu as compreendo.

Julgava as mães que diziam que a relação com o bebezinho não é um mundo de algodão doce e arco íris, e acreditava piamente na imagem da “família Doriana”. Hoje, após ter sentido na pele toda a dificuldade que é essa integração com um ser tão novo e indefeso, eu as compreendo. E aumento seu coro.³⁴

Outro ponto recorrente é a surpresa com a disponibilidade exigida para se cuidar de um bebê. Como relatado no trecho abaixo:

Eu acho que o que mais cansa é a disponibilidade, é não ter tempo e espaço para exercitar os quereres, que nessa confusão podem ser tão simples como passar um creme no rosto ou escrever no blog. (...)

Nessas horas a gente precisa de apoio. Sem perguntas, por favor. Sem foco no bebê, pelamordedeus, deixa ele quietinho no meu colo. Ou então espere a pobre puérpera dizer: você pode ficar com ele um pouquinho enquanto eu tomo banho?

A mãe cuida full-time do bebê. Cuida, cuida, cuida. Amamenta, troca, dá banho, faz carinho, diz palavras doces, cuida, cuida, cuida. TODA a atenção, TODA a energia está voltada pro bebê, mas ela também precisa de cuidados e alguém tem que se encarregar disso. É controverso, mas a mãe que cuida não pode se cuidar. Não cabe.³⁵

A descoberta de que a necessidade de ajuda prática é maior que a imaginada, e de que a mãe também precisa receber cuidados (e não apenas o bebê), é um dos pontos assíduos nos relatos de pós-parto. As mulheres, acostumadas a um padrão de independência elevado em suas vidas pessoais e profissionais anteriores à maternidade, surpreendem-se com a dificuldade de cuidar de um bebê e com a necessidade de ajuda para as atividades mais corriqueiras.

3.3 Formas de *cura* e superação nos relatos do pós-parto

Em geral, as questões mais relatadas no pós-parto foram: a solidão, a perda da identidade, a percepção de que a realidade é muito diferente das expectativas (tanto pessoais quanto sociais) e a experiência do luto (pela vida anterior, pela experiência de parto não

³⁴ <http://vilamamifera.com/cafemae/antes-eu-julgava-hoje-eu-compreendo>. Acessado em 17/04/2015

³⁵ <http://ofilhodoaralume.blogspot.com.br/2013/04/relato-de-puerperio-cap-i.html>

satisfatória, pela *menina que morreu*). Se esses sentimentos se intensificam, ocorre a chamada *depressão pós-parto*, assim definida com base nas mães que relataram terem vivido essa situação. O período do puerpério é relatado como um processo de transformação, onde *morre a menina e nasce a mulher*.

A solidão é o sentimento mais recorrente nos relatos de puerpério analisados. É um sentimento não esperado pelas mulheres. As mães relatam passar muito tempo sozinhas com seus bebês, mas não é a isso que atribuem a solidão. Descrevem que mesmo com companhia experimentam um sentimento de *solidão avassaladora*. Os trechos abaixo ilustram essa situação:

Dar banho, dar de mamar, trocar fralda. Isso aí era fichinha! Minha filha sempre foi um bebê tranquilo e nunca me deu maiores trabalhos. Mas isso não quer dizer que meu puerpério foi fácil. Foi muito difícil deixar expostas as minhas feridas, minhas fraquezas. Reviver a criança que fui e minha relação com meus pais. Foram desafios dolorosos a enfrentar. Por mais parceiro que seja o companheiro, é um processo que atravessamos só, numa solidão avassaladora, transformando cada madrugada insone em mares profundos e revoltos.³⁶

Então, depois de um parto bem legal, sem nenhuma intercorrência, tudo natural, como eu queria, eu me vi numa situação que eu não imaginava me ver. Estava eu com o bebê em casa e com uma angústia que vinha sempre que a noite se aproximava. Com uma vontade de chorar por qualquer coisa que eu falasse. Com um medo surreal de não dar conta dessa função tão importante. E me sentindo extremamente sozinha, sempre que meu marido estava no trabalho, mesmo rodeada de gente da família. Lembro de minha doula, me perguntar como estavam as coisas, e eu responder “pior do que eu imaginava”. Acho que eu nem sabia o que esperar, mas não esperava sentir nada que não fosse puro amor e felicidade.³⁷

As falas mostram que mesmo tendo se preparado previamente para serem mães, muitas vezes conseguindo o parto desejado, sabendo cuidar das necessidades de um recém-nascido, as mulheres não esperavam vivenciar esse sentimento de solidão. Com seus bebês nos braços, as mulheres experimentam “*emoções erradas*”, isto é, experimentam tristeza e solidão em um momento que é socialmente apresentado como de alegria e tranquilidade. Uma “boa mãe deveria estar feliz” com seu filho nos braços, não deveria se sentir triste já “que tudo saiu bem”. Uma das autoras dos relatos, após participar de uma roda de puérperas relata ter compreendido essa questão:

³⁶ Fonte: <http://maenutriz.com.br/tag/puerperio/>. Acessado em 14 de abril de 2015.

³⁷ Fonte: <http://maenutriz.com.br/tag/puerperio/>. Acessado em 14 de abril de 2015.

Percebi que eu não era a única, que a solidão impera, que mulheres mentem (e muito) sobre essa fase, floreando-a, que poucas se preparam para o pós-parto, que poucas pessoas ao nosso lado estão preparadas para nos dar um suporte e que inocentemente pioram a situação com suas observações insensíveis e exigências para sermos boas mães.³⁸

A constatação de uma realidade bem diferente da imaginada, ou simplesmente não esperada provoca uma espécie de sentimento de “luto” nas mulheres. Admitir e vivenciar esse processo de luto são os passos seguidos para a superação do sentimento e para a transformação em uma nova mulher. Em geral, a superação do luto ou a *cura*, para usar o termo mais recorrente nos relatos, vem quando as mulheres percebem que não são as únicas a viverem esse sentimento, que outras mulheres também passam por isso. Essa constatação de que não têm os “sentimentos errados”, pode vir pela participação em grupos presenciais ou virtuais de mães, por conversas com outras mães, ou ainda, pela leitura de relatos na *internet*. A importância da participação em um grupo é relatada no trecho a seguir:

Como foi bom estar com outras mães. Saber que eu não era a única a sentir e passar por toda essa loucura. O puerpério é barra, de todo jeito, acho que é muito aprendizado, muita mudança. Mas muito mais fácil passar por isso convivendo com quem vive, ou viveu, o mesmo. A barra fica mais leve e as milhares de coisas boas são mais fáceis de aproveitar.³⁹

Já o trecho abaixo, mostra o processo de aceitação dos sofrimentos do puerpério pela autora do relato e como a empatia por outras mulheres na mesma situação a *curou*.

*Tudo foi se fechando de uma maneira que eu teria que aceitar.
E a dor de aceitar foi a pior delas. Eu ainda não sei explicar o que eu aceitei. Se aceitei a dor, as dúvidas ou se me deixei ajudar. Eu realmente não sei.
Sei apenas que me deixei levar por algo que desconhecia. E entendi que se eu mudasse tudo mudaria também.
Eu teria que me entregar e viver não apenas o meu puerpério, mas o puerpério da minha mãe e o abandono do meu pai. Eu viveria o puerpério da minha sogra e o seu desempoderamento. O puerpério da minha avó e a sua solidão. (...)
E eu teria que me curar, pois me curando eu curaria. (...)
E me veio a compreensão.
E tudo foi acontecendo.
Eu passei a ver as mulheres no pós-parto com olhos mais sensíveis.
Depois disso eu passei a perguntar se elas conseguem tomar um banho demorado.
Se elas alguém cozinha pra elas. Se os cabelos estão caindo.
Ou algumas vezes eu olho com os olhos do coração e a gente não precisa dizer nada.⁴⁰*

³⁸ Fonte: <http://maenutriz.com.br/tag/puerperio/>. Acessado em 14 de abril de 2015.

³⁹ Fonte: <http://maenutriz.com.br/tag/puerperio/>. Acessado em 14 de abril de 2015.

⁴⁰ <http://vilamamifera.com/noquintal/relato-de-puerperio-por-flavia-riepenhoff/>. Acessado em 14 de abril de 2015

Passada a constatação de que realidade do pós-parto é bastante diferente e mais difícil do que a imaginada, o processo de aceitação da situação e a *cura* através da percepção de que não são as únicas mulheres a passar por esses problemas, ou pela amamentação, a mulher se transforma. Transforma-se de *menina em mulher*, de *mulher em mãe*, *renasce*, agora *mais forte*, tendo aprendido a superar ou conviver com as adversidades e aceitando a maternidade com mais leveza.⁴¹ Como mostram os trechos a seguir.

*Seguimos no nosso puerpério, hoje muito mais leve e gostoso, mas é bom lembrar dos [momentos] difíceis e ver que passou. E ver que nada disso é capaz de diminuir o amor incondicional que a maternidade traz. E ainda melhor ter agregado gente maravilhosa no meu dia-a-dia. Acho que a primeira, e maior, missão de um bebê é quebrar nossas convicções, mudar nossas crenças, diminuir nossas radicalidades. Eles chegam chegando. E por isso a gente se torna uma pessoa tão, mas tão diferente. Não me reconheço mais na Aline de 9 meses atrás. Isso também dificulta a vida, porque faz falta. Mas a segunda missão é tão importante quanto é ensinar que somos capazes de amar muito além do que pensávamos ser. E esse amor transborda. Se torna amor próprio, orgulho, sensação de ser capaz. E aí vamos aprendendo a amar essa nova mulher que nasceu junto com aquele bebê. E o puerpério acaba sendo lindo também.*⁴²

*E aí eu me assumi, me enterrei e renasci. Não foi fácil. (...) Hoje eu sei que sou coisas que nunca imaginei. Sei que, quando eu inflei, inflei, até expelir um grão de humanidade, perdi algo junto com a placenta... E ganhei algo junto com os seios fartos. Perdi algo com as noites insones. Algo da minha essência morreu junto com a água fria que era quente para baixar as febres. E ganhei algo quando os via adormecer nos meus braços. Quem eu sou? Quem eu era? Perdi toda a segurança dos meus 20 anos. Perdi quase todos os meus ideais de festim. Perdi a leveza de quem não tem a vida de outra vida nas mãos e nas costas. Perdi a ingenuidade de quem acredita que um colar de pérolas a fará realmente mais bonita e ganhei... A segurança de uma mulher. A sabedoria de quem sabe que pode aprender, de quem sabe que pode se superar, de quem sabe que tem um lugar, de quem sabe que não precisa mais se afirmar, e provar as coisas para os outros, e convencer para ser respeitada.*⁴³

Os conflitos vivenciados e superados nesse período estão bastante relacionados à forma como os sentimentos são entendidos em nossa cultura. Na visão de mundo das sociedades

⁴¹ Uma característica observada nos relatos, sejam eles de parto ou pós-parto, é que possuem estrutura semelhante ao dos testemunhos cristãos, onde o fiel busca transmitir uma experiência densa de sentido com vistas a incentivar o processo de conversão da audiência (Duarte, 2014).

⁴² Fonte: <http://maenutriz.com.br/tag/puerperio/>. Acessado em 14 de abril de 2015

⁴³ <http://malluquicesmaternas.blogspot.com.br/2014/03/relato-de-puerperio-doloroso-lindo-vivo.html>. Acessado em 14 de abril de 2015.

ocidentais modernas, as emoções são dimensões da experiência humana entendidas como de ordem “individual” e “natural”, sendo que o caráter “natural” estaria associado à biologia, à espontaneidade e seria universal. A visão antropológica sobre as emoções, desenvolvida ao longo dos anos na disciplina, as trata como representações de uma dada sociedade. Os sentimentos seriam tributários das relações sociais e do contexto cultural em que afloram (Coelho e Rezende, 2010).

Marcel Mauss foi um dos primeiros cientistas sociais a tratar das emoções não como expressões espontâneas de sentimentos individuais. Baseando suas proposições na análise de ritos funerários australianos, o autor afirma que “Não só o choro, mas também toda uma série de expressões orais de sentimentos não são fenômenos exclusivamente psicológicos ou fisiológicos, mas sim fenômenos sociais, marcados por manifestações não-espontâneas e da mais perfeita obrigação” (MAUSS, 1979: 147). Para o autor haveria uma espécie de gramática das emoções ou sentimentos. A expressão dos sentimentos seria uma linguagem pela qual o indivíduo expressa para outros e para si o que sente, através de um código compartilhado.

Retomando o ponto de vista das sociedades ocidentais modernas sobre as emoções, Coelho e Rezende (2010) afirmam que há duas premissas que orientam essa visão. A primeira é a percepção de que as emoções estão ligadas à dimensão psicobiológica do indivíduo, e a segunda, a noção de que as emoções são constantes e universais. Essa perspectiva seria derivada de outra, também central no pensamento ocidental moderno, a oposição entre corpo e mente. Os fenômenos associados a essas dimensões seriam a emoção e a razão; ao corpo associa-se a emoção e à mente a razão. As emoções são pensadas como tendo origem no funcionamento do corpo, havendo o entendimento, atualmente bastante generalizado, de que certas substâncias, como os hormônios, são causadoras/reguladoras das emoções.

Rodhen (2008) analisa o crescimento da ideia de que os hormônios seriam fundamentais para o bem-estar, a saúde e para a determinação do comportamento dos indivíduos, além de serem responsáveis pelas diferenças inatas entre os sexos. A autora mostra que mudanças nas concepções médicas sobre o corpo e o comportamento femininos, iniciados por volta de 1900, consolidaram o modelo do “corpo hormonal”:

“Observa-se que as mulheres têm sido o foco mais frequente nos discursos sobre esse corpo hormonal, tanto no âmbito científico quanto na divulgação para leigos. Isso ocorre, por exemplo, quando se fala da fisiologia feminina e de como a vida das mulheres é ‘indiscutivelmente’ governada pelas transformações hormonais inerentes aos seus estados cíclicos e instáveis. Fenômenos como a tensão pré-menstrual (TPM) ou as transformações percebidas com a menopausa têm sido usados como chaves explicativas para as mais variadas formas de comportamento e têm alimentado uma

grande indústria de tratamento dos ‘problemas femininos’. Além disso, os hormônios estariam na base das diferenças intelectuais entre homens e mulheres, ‘fato’ contra o qual pouco se poderia fazer. A recomendação frequente é para que se compreendam e admitam essas distinções essenciais.” (Rodhen, 2008:134)

A gravidez é, nesse prisma, vista como um período de grande instabilidade emocional no qual há um aumento dos sentimentos de medo e ansiedade na mulher. Tais alterações se dariam, em grande parte, em função das mudanças hormonais ocorridas no período. Rezende (2011), ao analisar as representações da mídia sobre a gestação a partir de uma revista para gestantes, identifica a forte associação feita entre emotividade e hormônios:

“O estado emotivo é entendido como natural em dois sentidos. Em termos biológicos, as mudanças hormonais na gravidez são vistas como uma verdadeira ‘revolução interna’ que tem efeitos diretos sobre as emoções. (...) A maior emotividade na gestação também é tida como natural no sentido de um padrão esperado, que seria comum a uma experiência desconhecida(...) que envolve mudanças corporais, subjetivas e sociais.” (Rezende, 2011: 329).

A autora chama a atenção ainda para algumas características da visão atual que nossa sociedade possui sobre as emoções. A primeira seria a ideia de que há uma separação entre o “sentimento sentido” e o “sentimento expressado” e a segunda, seria a necessidade de que os indivíduos tenham um autocontrole emotivo. No caso da gestação, por exemplo, entende-se que a gestante pode sentir medo e ansiedade (gerados em grande parte pelas alterações hormonais), mas que se deve exercer o autocontrole no tocante à expressão dessas emoções, e manter um nível de equilíbrio emocional dentro do “normal”.

“Apesar da naturalidade das emoções, todas as matérias recomendam a busca de equilíbrio emocional e de tranquilidade. Ou seja, embora seja normal sentir medo, ansiedade, etc., é melhor não senti-los. Mais do que isso, o controle das emoções deve caminhar em uma direção específica, que implica buscar não apenas a estabilidade emocional, mas também os sentimentos de felicidade e alegria. Assim, a maior emotividade da gestante poderia produzir culpa e perplexidade diante de reações de tristeza e choro que ‘não condizem com a alegria de gerar um nenê’.” (Rezende, 2011: 329).

Transpondo essa discussão para o material etnográfico dessa pesquisa, percebe-se que muitos dos conflitos relatados pelas mulheres pesquisadas giram em torno da tensão entre os “sentimentos sentidos” e os sentimentos que devem expressar socialmente. As puérperas estão socialmente autorizadas a sentir tristeza nas duas primeiras semanas após o nascimento do bebê,

já que está bastante difundida a noção de que há uma grande alteração hormonal nesse período, que poderia levar a mudanças emocionais bruscas e ocasionar o chamado *blues puerperal*. Caso os sentimentos de tristeza se estendam por um período mais longo que este, ou seja, fora do que se considera normal em termos de duração de tristeza após o parto em decorrência do desequilíbrio hormonal, são orientadas a conversar com um profissional para avaliar se estão com a chamada *depressão pós-parto*.

Os relatos de puerpério ilustram essa tensão mostrando que as mulheres se questionam por se sentirem tristes em momentos que *deveriam* sentir felicidade. Afinal, estar com o bebê saudável em seus braços deveria ser motivo suficiente para a mulher se alegrar. A superação desse conflito no plano subjetivo passou pela “autorização social” de que podiam sentir aqueles sentimentos. Ao conversarem com profissionais que atendem mulheres no puerpério (doulas, consultoras de amamentação, obstetras, pediatras, etc.) e ouvirem que tais sentimentos vividos eram *normais*, as mulheres lidavam melhor com seus conflitos internos. Ouvir a experiência de outras mães na mesma situação as ajudava a entender que a sobreposição de sentimentos supostamente contraditórios, como tristeza e felicidade, era também comum e corrente, as ajudava compreender que não viviam “as emoções erradas”.

Não é minha intenção neste trabalho discutir a existência ou não dos hormônios, nem negar sua influência nas alterações emocionais nas mulheres no período do pós-parto. Apenas chamo a atenção para o fato de que há um entendimento generalizado, amplamente difundido pela mídia, de que “o desequilíbrio hormonal” do período é um dos principais responsáveis pelos sentimentos de tristeza vivenciados pelas mulheres no puerpério. Como se todas as mudanças experimentadas nesse período de transição, as angústias e frustrações advindas da nova experiência de ser mãe, as readaptações à vida conjugal e ao novo papel no núcleo familiar, além do cansaço físico reiteradamente narrado pelas mulheres, não pudessem gerar sensações de tristeza atribuídas a questão que transcendem a dimensão biológica dos hormônios e dizem respeito a condições sociais.

3.4 A amamentação

A amamentação é um ato social, cultural e historicamente marcado, onde o sentido e valor a ele atribuídos variam ao longo do tempo e em função do grupo social. Poderia ser considerada uma dentre as “técnicas corporais”, tal como define Mauss: “as maneiras pelas quais os homens, de sociedade a sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se de seu corpo”. (2003: 401).

As vantagens do aleitamento materno, que atualmente são exaltadas em nossa sociedade, nem sempre foram percebidas dessa maneira por diferentes grupos sociais e em diferentes momentos históricos. Pesquisas que resgatam a dimensão histórica da prática do aleitamento materno mostram que o aleitamento artificial também é tão antigo quanto a civilização humana (BOSI e MACHADO, 2005).

Atualmente, em nossa sociedade, existe um esforço grande por parte dos órgãos de saúde, como o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde para incentivar a prática do aleitamento materno. Recomenda-se às mães que amamentem seus filhos exclusivamente com leite materno (sem água, chás) até os seis meses de vida. Após esse período, recomenda-se que o aleitamento seja continuado até os dois anos de idade da criança juntamente com outros alimentos (BRASIL, 2015). A orientação atual é de que o seio deve ser oferecido ao bebê sem restrições de frequência e duração de mamadas, a chamada “livre demanda”.

Ao mesmo tempo, há uma grande oferta de produtos substitutos do leite materno industrializados, oferecidos aos bebês e apresentados às mães, muitas vezes, ainda na própria maternidade, ou pouco depois do nascimento pelos médicos pediatras. A oferta de chupetas e mamadeiras seria um dos elementos que não favoreceria o aleitamento materno pois causaria no bebê a chamada “confusão de bicos”, já que os movimentos bucais necessários à amamentação são diferentes dos necessários ao uso da chupeta e da mamadeira.

Com isso tem-se dois caminhos opostos sendo oferecidos às mães ao mesmo tempo. O que gera dúvidas e angústias nas mulheres, tanto nas que optam pela amamentação e pelas que optam pelo aleitamento artificial. As mulheres, a partir das diferentes plataformas, relatam que se sentem pressionadas para amamentar, mas que quando surge qualquer alteração no peso do bebê, por exemplo, sentem-se pressionadas a complementar com leite artificial pelo pediatra ou pela família. De uma forma ou de outra, suas escolhas são questionadas em algum momento, já que essas duas tendências são fortes e coexistem.

Ao longo desta pesquisa, a amamentação se mostrou central na vivência contemporânea da maternidade e era um tema bastante recorrente para as mulheres das três fontes estudadas. A seguir, apresento os resultados da pesquisa etnográfica sobre o aleitamento em cada uma das fontes. Nesse tópico foi possível verificar que o meio de expressão da experiência vivida também molda a expressão da experiência de amamentação das mulheres estudadas.

3.4.1 A amamentação para as entrevistadas

A amamentação é um tema central na vivência da maternidade de todas as entrevistadas. Todas, sem exceção, apontam que a amamentação foi uma das experiências mais intensas pelas quais haviam passado, tanto por seu caráter prazeroso quanto pela dificuldade que representou.

Todas as entrevistadas relataram alguma dificuldade para estabelecer o início da amamentação: dores intensas, problemas com a “pega” do bebê, problemas no bico dos seios, cansaço extremo, falta de apoio ou de informação. Foram diversos os obstáculos até que chegassem ao estabelecimento de uma rotina de amamentação satisfatória com o bebê.

De um modo geral, obtiveram orientação de enfermeiras na maternidade ou dos profissionais que as acompanhavam. Apenas duas entrevistadas relataram que não obtiveram orientações satisfatórias, o que teria contribuído negativamente para a continuidade do aleitamento materno.

Algumas não imaginavam que seria tão difícil pois tinham uma expectativa diferente do processo. A imagem de seios jorrando leite como um parâmetro ideal foi mencionada por algumas delas. Outras contam que se esforçaram muito para contornar rapidamente as dificuldades pois *tinham muita vontade de amamentar* e a isso atribuem seu sucesso.

Amamentação como dedicação integral

Superadas as dificuldades iniciais, as mulheres relatam outra descoberta: a de que a amamentação exige uma enorme disponibilidade física e psicológica, além de uma disponibilidade quase total de seu tempo, especialmente para aquelas que optaram por amamentar em livre demanda. As entrevistadas descrevem essa fase como um período de *grande desgaste físico, de disponibilidade intensa, de grande dedicação* e de *cansaço extremo*. Para a grande maioria das entrevistadas, a amamentação era colocada como prioridade frente a outras demandas das mulheres como sono, sexo e lazer. Algumas disseram que, às vezes, tinham que optar entre amamentar e tomar banho ou comer, sobretudo nos primeiros meses. No entanto, entendiam que por ser um período relativamente pequeno de suas vidas, o esforço, ou *sacrifício*, valia a pena; que os benefícios eram maiores que as desvantagens.

A amamentação também é vista como uma forma de carinho para com a criança, um momento de comunicação e conexão com o bebê e como fonte de grande prazer. O “caráter nutricional” do leite materno é visto como elemento bastante importante para as mães. Muitas delas seguiam extraindo leite para que os bebês tomassem apenas leite materno mesmo quando estivessem trabalhando. Como Vanessa que, mesmo com a filha não mamando mais diretamente no seio após os 7 meses, continuou a oferecer apenas leite materno até a *fonte secar*, quando sua filha completou um ano.

No entanto, o vínculo gerado, pela relação construída com o bebê durante o ato da lactação, mostrou-se tanto ou mais impactante que o valor nutricional do leite materno na decisão de prosseguir amamentando.

Como no caso de Natalia, que amamentou durante um ano e oito meses. Quando retornou ao trabalho, seis meses após o nascimento de sua bebê, começou a extrair seu leite para enviar à escola de sua filha, e continuou com essa rotina até a bebê completar um ano. Ela conta que no início foi bem difícil e desgastante, e identificou que algumas situações de *stress* vivenciadas no dia a dia afetavam sua produção de leite. Como tinha muita preocupação em produzir o suficiente para alimentar sua filha durante o dia, quando ocorriam contratemplos, ficava desesperada e acordava de madrugada para realizar a ordenha. Essa situação durou até sua filha completar um ano, quando foi interpelada por sua mãe, que lhe perguntou porque ainda estava tirando leite, sendo que estava bastante cansada e *cheia de olheiras*. Assim parou de efetuar a ordenha e amamentava quando estava com a filha. Ao descrever sua impressão sobre a amamentação, durante a entrevista, Natália se emocionou e disse: *foi uma das maiores experiências da minha vida, muito legal mesmo. Me lembro de cenas que nunca vou esquecer: com minha filha no meu colo, dessa sensação de ela estar aqui mamando e olhar no meu olho*. A amamentação, que relatou como uma das maiores dificuldades de sua experiência como mãe (os primeiros quinze dias foram de bastante sofrimento), foi também uma de suas maiores superações. *Foi um sacrifício do qual me orgulho, foi uma boa escolha*.

Tamanha entrega e dedicação ao bebê pode, às vezes, gerar conflitos com as pessoas do círculo mais próximo da puérpera. Algumas mães também se sentem pressionadas para que se separem um pouco do bebê seja por questionamentos do marido, da mãe ou até do pediatra.

Uma das entrevistadas conta que o marido não a apoiava na decisão de amamentar em livre demanda, ao que ela lhe respondia que *o carinho não tinha horário*, e que o fato de a bebê querer mamar não significava que queria apenas leite, mas também calor humano, carinho e colo. Ela conta ainda que não deixava a bebê muito tempo no berço, gostava de ficar com ela em seus braços e o fato de a filha ter apresentado um problema de refluxo aos seis meses serviu para que tivesse *uma desculpa pra ficar com ela*, para justificar o colo oferecido sem restrições.

Outra das entrevistadas conta que foi muito difícil a situação de começar a extrair leite para que o marido oferecesse ao bebê, já ela e o marido queriam treiná-lo com a mamadeira para que ela retomasse seu trabalho. Depois de tomar essa decisão, diz que demorou muitos dias para iniciar a extração e, questionada pelo marido sobre o porquê da demora, se deu conta de que não queria fazê-lo. Entendia que era uma prática conveniente para ela e para o marido,

mas que não era o melhor para filho. Percebeu que, na verdade, não queria abrir mão de amamentar, que para ela era um ato muito prazeroso e um momento de vínculo entre ela e o bebê.

Defendendo a opção pelo aleitamento materno

Marisa conta que as mulheres de sua família não amamentavam: nem sua mãe a amamentou por muito tempo, nem suas primas amamentavam. Quando sua primeira filha nasceu, ela estava solteira e vivia com a família, e assim conta que sofreu muita pressão para introduzir a mamadeira. Quando sua filha tinha 20 dias, sua mãe, por iniciativa própria, começou a dar leite de vaca para a bebê. Ela conta que isso a incomodava muito e foi atrás de informações sobre banco de leite pois queria muito amamentar. E conseguiu até que filha completasse um ano e três meses, *por pura vontade minha e para ela ter um mínimo de vínculo e ter um mínimo de leite. Mas ela mamava pouquíssimo*. Com seu segundo filho, já envolvida com o ideário da humanização do nascimento estava decidida a amamentar. No entanto, quando seu filho tinha cinco dias, havia passado a noite inteira chorando e achou que ele poderia estar com fome, pois seu leite não havia descido. Sua mãe apoiou essa opinião, disse que o bebê precisava comer alguma coisa e se ofereceu para preparar uma mamadeira. *E caí nessa, liguei pra homeopata, ela me deu recomendações, fiz uma mamadeira, tomei um remédio que fez meu leite descer*. Ligou também para sua doula, que foi à sua casa e lhe deu *uma aula completa* sobre amamentação. Marisa conta que brigou com sua mãe nesse momento para defender o aleitamento, e que pensou: *não vai mais acontecer isso, a doula falou que toda mulher amamenta e eu vou amamentar! É livre demanda e se ele quiser mamar dez vezes por dia vai mamar. E acabou, morreu o assunto. Nunca mais ninguém falou nada*. Ela identifica esse momento como uma quebra de padrão que tornou possível o sucesso da amamentação. Entrou também em um grupo virtual de aleitamento, que se tornou para ela uma rede de apoio essencial e conta que leu inúmeros artigos e diversas experiências que a ajudaram a prosseguir. *Passei seis meses da minha vida escrevendo e conversando com esse grupo. Foi maravilhoso*. Marisa conseguiu assim realizar seu objetivo, o aleitamento exclusivo por seis meses, por contar com mais informações e uma rede de apoio mais ampla em relação à sua primeira vivência de maternidade.

Introdução alimentar e desmame

Dentre as entrevistadas, quatro ainda não haviam iniciado o processo de introdução alimentar. Dentre as que já haviam iniciado o processo, três seguiram as recomendações do

pediatra escolhido⁴⁴ que tinham como principal referência para essa questão. Já duas das entrevistadas buscaram outras fontes de informação, como cartilhas da OMS e do Ministério da Saúde.

Marisa conta que sua primeira filha teve a introdução alimentar iniciada aos três meses. Sua mãe e o pediatra orientaram o processo e estavam bastante alinhados nas recomendações. Já com seu filho, iniciou aos poucos, após os seis meses, seguindo sobretudo as orientações da OMS. Pelo fato de a família ser vegetariana, ela diz que já havia uma *consciência alimentar*, sendo que o fato de a alimentação familiar já estar estabelecida em bases saudáveis facilitou a integração do bebê às refeições da família. Janie também realizou a introdução alimentar com seu primeiro filho seguindo as orientações da mãe e do pediatra. Com sua segunda filha, após uma consulta com um pediatra e um *workshop* sobre introdução alimentar, decidiram-se por um processo de exploração onde a criança aos poucos conhecia os alimentos, sentia sua textura, experimentava, de forma mais livre. *Na verdade, foi um processo de desconstrução gigantesco. Pra mim e para meu marido mais de descoberta. Não tinha muita interferência da família, estávamos muito informados e a família aberta.*

Pelas respostas das entrevistadas sobre o tema, a introdução alimentar é um assunto que gera dúvidas nas mães e uma certa angústia. Uma boa alimentação é fortemente associada à boa saúde do bebê e a saúde é identificada com a própria noção de vida. Quase todas entendem que o pediatra é a figura de referência nesse tópico, já as avós, ou seja, as próprias mães, e as escolas são também fontes de referência, mas num grau abaixo do pediatra. Este é o representante da medicina que informa como cuidar da saúde, esse bem precioso, em nossa sociedade.

No circuito materno, a alimentação é tópico bastante recorrente, e existem diversas comunidades e blogs dedicados a receitas, dicas, divulgação de pesquisas nutricionais e reflexões sobre o ato de comer. Pulhez (2015) observou que dentre as práticas da chamada “maternidade ativa”, a questão da alimentação das crianças desempenha um papel muito importante e aponta que a escolha dos alimentos ofertados à criança se insere na mesma lógica da escolha pelo parto humanizado e pela amamentação. Tais escolhas estariam ligadas à ideia “de que é preciso construir pessoas felizes, com afeto e carinho, para que no futuro possam estabelecer um mundo melhor”, (2015:121) defendido pelas autoras do *blog* estudado. A boa saúde, resultante em grande parte da boa alimentação, é um fator fundamental nesse projeto. A

⁴⁴ Esse tema não será aprofundado nesse trabalho mas é importante apontar que a escolha de um pediatra alinhado aos valores e projeto da família é uma questão central nesse período.

alimentação também estaria diretamente ligada ao afeto e ao carinho pela criança, e a escolha de alimentos tidos como “maus para a saúde”, representaria a negação desse afeto. Durante as entrevistas realizadas nesta pesquisa, essa questão não se apresentou da forma tão evidente, embora dentre as entrevistadas, duas comungassem explicitamente esses mesmos princípios, associando alimentação e afeto.

De qualquer forma, essa associação aparece explicitamente no ato - e em todo o processo - de amamentar, como já foi visto, fazendo com que o desmame seja um momento bastante delicado para as mães. Embora todas saibam que esse momento inevitavelmente chegará, muitas relataram o desejo de que o aleitamento se prolongasse por muitos anos. Há a noção de que este também é um processo e não um evento. Não há, para as entrevistadas, o dia do desmame.

As entrevistadas dizem sentir uma *pressão social* para que desmamem o bebê. A pressão pode ser direta, em geral quando o bebê completa seis meses e inicia a introdução alimentar. Pode ter como origem a família, vinda sobretudo das mães e sogras, da qual ouvem frases recorrentes tais como *seu leite já está fraco*, ou *o bebê está com fome*; mas vem sobretudo dos pediatras, contrariando paradoxalmente as orientações da OMS. Como observado por Marisa, *os pediatras não acreditam muito na amamentação, falam muito da falta de ferro, inclusive os homeopatas*. Pode ainda ser uma pressão indireta, sentida pelas restrições e dificuldades para prosseguir com o aleitamento, como por exemplo, a ausência de local para a ordenha no ambiente de trabalho; ou creches e escolinhas que não aceitam oferecer o leite materno; ou, ainda, por meio de olhares de recriminação às mães que amamentam em público, que já escutaram que *deviam se cobrir com um paninho*.

Das mães que haviam passado pelo desmame, todas disseram que o processo havia sido tranquilo, porém sentiam que havia sido mais difícil para elas do que para o bebê.

Luiza relatou que realizou o desmame aos sete meses, pois estava com muitas dores nas costas e nas articulações. Seu médico disse que ela poderia tomar um remédio para melhorar o quadro, mas teria que parar com a amamentação. Ela conta que queria amamentar por mais tempo, até os dois anos, mas que não aguentava ficar sem o medicamento e então procedeu com o desmame por conta própria, sem orientação profissional. Luiza disse que o apoio de seu marido foi fundamental, mas sente também que o processo foi *um pouco cruel*.

Fui tirando um dia, no segundo dia ela pediu e eu não aguentei e dei. Mas fui dando a mamadeirainha. Colocava ela bem pertinho do peito e dava mamadeira, mas eu pensava mais no que eu estava passando. Desde os dois meses ela mamava na

mamadeira e meu marido dava meu leite congelado. Para ela não foi uma novidade. Para mim foi dolorido, eu chorava, me sentia a pior mãe porque não amamentava.

Passados alguns anos, ela avalia que poderia ter amamentado por mais tempo. Contou ter se informado melhor com sua obstetra, e esta lhe disse que aquele medicamento não afetava seu leite; além disso, suas dores não passaram com o remédio como esperava que passassem, pois, a atividade física repetitiva dos cuidados com a bebê era o que causava suas dores. Mas conclui que naquele momento foi a decisão que lhe pareceu melhor.

Já Roberta, se queixou de que não foi bem orientada no início do aleitamento e assim não conseguiu estabelecer a amamentação de modo satisfatório. Isso a levou a desmamar a filha com cinco meses, com bastante apoio do marido e do pediatra. Ela pensa que para a filha foi melhor, que não sentia falta do leite, uma vez que a amamentação não estava indo bem. Já para ela, diz que foi bastante difícil psicologicamente, pois gostaria de amamentar por mais tempo. Em suas palavras a amamentação *foi a coisa mais incrível que eu já fiz na vida, foi muito legal mesmo, e foi uma das coisas mais difíceis que eu já fiz também.*

Dentre as entrevistadas que ainda não haviam passado pelo desmame havia uma expectativa de que o processo fosse negociado com o bebê. Janie, por exemplo, amamentava sua filha durante a noite. Ela disse que esse fato afetava bastante seu sono, mas que mesmo assim não iria fazer o desmame noturno.

Agora que ela tem linguagem estabelecida posso dialogar sobre o que é a demanda dela através da amamentação e qual a minha disponibilidade, mas é um diálogo, não é uma imposição de que eu decido quando ela não vai mais mamar porque é uma ferramenta que eu usei sempre. Eu banquei a escolha dessa disponibilidade ampla, eu banquei o sono ruim.

Da mesma forma que Marisa, cujo filho acordava diversas vezes a noite para mamar. Ela imaginava que a partir dos dois anos precisaria entrar num processo de desmame, mas que no momento (seu filho estava com um ano e oito meses) amamentar ainda era satisfatório. Ela conversava bastante com as amigas sobre o desmame e via que cada família desenhava seu processo e que, em geral, era difícil. Por coincidência, no mesmo dia da entrevista, ela estava indo a uma comemoração para celebrar o sucesso do processo de desmame de uma de suas amigas.

É importante apontar que cada mulher constrói seus parâmetros do que seja muito ou pouco tempo no que se refere ao aleitamento, vivendo a “experiência” que aparece como individual, sem deixar de ser socialmente referida. Em geral, concordam que nos seis primeiros

meses o aleitamento materno é muito importante (de forma exclusiva ou complementada com leite artificial), seguindo o padrão socialmente estabelecido. Dentre as entrevistadas, a mãe que desmamou seu bebê mais cedo o fez com cinco meses e a criança que há mais tempo mamava tinha um pouco mais de dois anos.

A seguir, apresento a história de amamentação de Beatriz. Acredito que sua história seja representativa da vivência da maternidade das mulheres com o perfil estudado nesse trabalho e contenha diversos elementos que permeiam, em particular, a experiência do pós-parto.

Amamentar não é para os fracos

Beatriz deu à luz seu filho por meio de uma cesárea na qual houve complicações, perdeu muito sangue durante a cirurgia, o que ocasionou uma anemia profunda em seu pós-parto. Lembra-se de ver sua irmã colocando o bebê em seu seio para que ele sugasse; e assim iniciou a amamentação. Conta que ao chegar em casa estava muito debilitada e precisava dormir. Assim, perguntou para as mulheres de sua família (primas, irmãs e tias) o que faziam para que o bebê dormisse. Elas lhe falaram sobre um chá dado de madrugada:

(...) e era sempre a avó que dava, então quando ele acordava de madrugada minha mãe pegava e dava o tal do chá com um pouquinho de açúcar e camomila, e aí ele dormia. Os médicos acham isso um absurdo, recriminam totalmente mas pude dormir toda a noite ininterruptamente, o que foi crucial para minha recuperação.

Após 15 dias do nascimento de seu filho, teve a impressão de que seu leite tinha secado pois sentia seus seios murchos e o bebê chorava muito ao mamar. Então sua mãe contou que com 15 dias seu leite sempre secava e por isso só havia amamentado ela mesma e seus outros irmãos durante esses primeiros 15 dias de vida. Beatriz se surpreendeu, pois, a mãe dizia que havia amamentado todos os filhos por dois meses. Telefonou para a irmã (que disse que seu leite também secava nesse período) e para o pediatra do bebê e os dois lhe disseram para entrar com o leite artificial.

Na primeira consulta com o pediatra (que havia sido seu próprio pediatra), este lhe perguntou como era possível ela estar com leite se sua mãe não havia tido; o que a deixou bastante preocupada. Ela começou a dar a mamadeira pela noite e

(...) ele dormiu como uma pedra, aí eu adorei. Daí comecei a aumentar as mamadas e senti que ele ficava mais incomodado no peito. Seguiu a recomendação da minha irmã. Dava o peito e quando não queria mais dava a mamadeira. Daí ele começou a não querer mais o peito, e isso com apenas dois meses.

Beatriz conta que quando decidiu dar o leite artificial ficou muito feliz e sentiu como uma libertação. Ela estava amamentando com horários rígidos e achava o processo maçante. Sentia que o bebê não se saciava, que o tempo cronometrado gerava uma briga entre ela e o bebê, o que o deixava ansioso. Achava que amamentar ia ser fácil, que não seria um sofrimento, pois tinha a imagem da irmã com os seios jorrando leite e com ela não era assim. *Vou confessar: amamentar é difícil, não é para os fracos.*

Quando notou que o bebê recusava o seio e preferia a mamadeira, desesperou-se. Fez uma busca na *internet* e se deparou com um *site*, o *Baby Center* (que, segundo ela, *contava com aconselhamento médico e não era apenas um falatório de mães*), onde encontrou diversas orientações e leu inúmeros depoimentos com a mesma história que a dela. Beatriz disse que essas informações lhe foram mais úteis que as informações do pediatra. Por meio do *site*, ela disse ter entendido que seu peito estava se adaptando à produção de leite, e por isso não estava tão cheio; que a mamadeira fazia o leite secar, pois diminuía o estímulo à mama e acabava sendo mais atrativa para o bebê, já que este conseguia se alimentar mais com menos esforço. Entrou também em grupo fechado no *Facebook* sobre o assunto, leu todas as informações e depoimentos, e decidiu iniciar o realeitamento. Esse processo consistia na colocação de uma sonda ligada a uma mamadeira junto ao bico do seio. Desse modo, ao sugar o bico do seio e a sonda juntos, o bebê estimulava o seio da mãe ao mesmo tempo que se alimentava através da mamadeira.

Segundo ela, escolheu o lugar mais difícil para iniciar o processo, que era a casa da mãe (em outra cidade), pois a mãe dizia todo o tempo que ela não tinha leite suficiente, que o bebê sentia fome e que seu leite era *fraco*. *Mas decidi que ia enfrentar. Disse o que ia fazer e não pedi opinião. Ela respeitou e hoje e não estou com mais nada, só com o peito.*

Dois motivos principais a levaram ao processo de realeitamento: o fato de o bebê não estar ainda com as vacinas completas e o fato de não ter recuperado seu peso anterior à gestação. *Entrei de cabeça no realeitamento por causa disso, confesso mesmo, por causa da vaidade e por causa das vacinas. Essa história de APLV⁴⁵ não me preocupava. Por ele estava gordinho e ganhando peso.*

⁴⁵ Alergia à Proteína do Leite de Vaca. A APLV pode ter o efeito de estimular o aleitamento materno, já que tal leite seria a fonte de alimentação mais aceita pela criança, no entanto exige que a mãe tenha uma dieta bastante restrita no tocante à ingestão de lácteos. Isso leva muitas mulheres a optarem pelos leites artificiais de origem vegetal, como o de soja, por exemplo e a não prosseguir com a amamentação.

Com o aleitamento reestabelecido, agora em livre demanda, ela diz que continuará a amamentar por mais de seis meses porque estava gostando muito de amamentar.

Mudou demais. Eu percebi que o vínculo que você cria com o bebê é muito diferente da mamadeira, o jeito que ele fica prostrado com a mamadeira.... É lindo o jeito que ele começa a mamar, nos primeiros goles ele vira o olho. E com a mamadeira não tem isso, ele fica estático, catatônico, com o olhar fixo e vai ficando empanzinado (...), parece que você enfiou comida nele, parece que comeu a mais que o necessário, é essa impressão que a mamadeira dá. E do leite da mama, é normal, ele fica OK e quando você para de amamentar e pega ele pra arrotar, é a hora mais linda, ele encolhe as perninhas, fica rodando a bundinha, estica os bracinhos, parece um gatinho, enruga a cara inteira, fica se espreguiçando, é lindo.

Após essa situação, conversou com seu pediatra e lhe disse que a livre demanda havia sido melhor para ela, diferentemente da prescrição dada por ele, como que *dando uma dica* para que ele não orientasse a todas da mesma forma. Ela pensa que pelo fato de os pediatras não acompanharem o pós-parto da mãe, a realidade das mulheres em casa, acabam orientando sem saber muito. E as mulheres confiam nos pediatras e seguem suas orientações achando que é o melhor para elas e para o bebê, como ela havia feito.

A história de Beatriz ilustra muitas das passagens que foram descritas ao longo deste texto: a dificuldade em se estabelecer a amamentação, o encontro com uma realidade diferente da esperada, a necessidade de romper com padrão familiar para alcançar o sucesso no aleitamento (ou na conduta desejada), a intensa dedicação ao bebê por amamentar em livre demanda, e por fim, a participação em grupos de apoio virtuais. Para ela, a solução de seu problema surgiu a partir de um grupo virtual. A experiência das outras mulheres, que passaram pelo mesmo problema que o seu, foi o fator decisivo para o sucesso de seu processo de realeitamento.

Beatriz viveu um conflito que entendo ser uma das marcas da experiência contemporânea da maternidade: o conflito entre os diferentes saberes à disposição da mulher desde o momento em que esta deseja engravidar. Entre o saber médico, o da família e o de outras mães (ao qual teve acesso por meios virtuais), foi construindo seu processo de amamentação, até que um desses vetores teve um peso maior pelo fato de lhe ter resolvido o problema. O conhecimento médico, que é elemento importante em sua visão de mundo (já que além de estudante de medicina é também filha de médico), por exemplo, não pesou tanto quanto a tradição do chá familiar quando precisou que o bebê dormisse nos primeiros dias. Ao decidir introduzir o leite artificial consultou o pediatra e a irmã, e a opinião de ambos pareciam ter o mesmo peso. No fim, mesmo valorizando o *Site Baby Center* por não ser *apenas um falatório de mães*, ou seja,

referenciada pelo saber médico, encontrou nas outras mães a fonte de orientação e apoio que precisava para prosseguir com seu objetivo. E assim conseguiu transformar a amamentação em um momento intenso de vínculo com seu filho e também em uma fonte de prazer.

3.4.2 A amamentação nos relatos de puerpério

Assim como visto nas entrevistas, o aleitamento materno relatado nas redes sociais pode muitas vezes significar uma fonte de sofrimento para as mulheres, seja pela dor física que acarreta, pelas dificuldades em seu estabelecimento ou pelo grau de disponibilidade exigido. Muitas narraram que descobriram que a amamentação não era algo *natural*, diferentemente do que acreditavam antes de passarem por essa situação. No entanto, a amamentação também pode tornar-se uma fonte de superação pessoal, ou funcionar como uma *cura*. A ideia parece ser a de que o puerpério ou o parto não desejado são situações de sofrimentos que precisam ser sanadas, *curadas*, e a amamentação teria esse papel curativo e sanador. Além disso, com base nos relatos, nota-se que o aleitamento está ligado fortemente à noção de boa mãe, isto é, as mulheres entendem que quem amamenta seu filho é uma *boa mãe*, que o *sacrifício vale a pena*, ainda que a ideia de compensação pelo sacrifício tenha outras implicações além da satisfação moral do dever social cumprido, mas se refira também à realização do *desejo de amamentar*.

Nos trechos a seguir duas mães contam seu processo de *cura* pela amamentação:

Já em casa a coisa não foi tão fácil assim. Não bastasse a privação de sono, os hormônios, não conhecer o motivo de cada choro, a necessidade de concentrar em mim todos os cuidados, o medo de fazer errado, todos aqueles questionamentos sem respostas claras retornaram com toda força... por que não consegui? (...) O que me confortava era o livro de Laura Gutman e a amamentação. Eu começava a sentir dor, os mamilos ficaram sensíveis, mas eu respirava fundo e ele mamava. Amamentar meu filho era a minha cura, significava do fundo do meu coração o meu “sinto muito”, “me perdoe”, “eu te amo” e “muito obrigada” ao Divino que ao mesmo tempo me ensinava a ser mãe. Independente daquela cesariana, meu filho tava ali, com um olho vivinho e arregalado me olhando e me fazendo sorrir.⁴⁶

O que acalentou minha alma foi dar o peito à minha filha. No meio das noites mais difíceis, tirá-la do berço chorosa e ver sua boquinha faminta procurar com desespero o meu mamilo e acalmar-se imediatamente embriagada de prazer é de uma emoção difícil de descrever. Hoje, aos cinco meses, ela ainda mama exclusivamente leite materno e continuaremos a nos dar esse prazer uma à outra enquanto possível for. E sei que é possível realizar essa difícil tarefa pela experiência de outras mães.⁴⁷

⁴⁶ Fonte: <http://maenutriz.com.br/tag/puerperio/>. Acessado em 14 de abril de 2015.

⁴⁷ Fonte: <http://maenutriz.com.br/tag/puerperio/>. Acessado em 14 de abril de 2015.

Tendo em conta todo o material etnográfico selecionado para esta pesquisa, é válido salientar que a noção de *cura* pela amamentação apareceu apenas nos relatos de puerpério ou amamentação, tendo aparecido em vários deles. Isso parece indicar uma peculiaridade dessa forma expressiva, que possui uma estrutura no texto que culmina com algum tipo de superação, transformação ou *cura*.

3.4.3 A amamentação para as mães nas Comunidades do *Facebook*

A amamentação é bastante valorizada e incentivada entre as participantes da Comunidade *Humanize-se*. Alinhada ao ideário do movimento de humanização do nascimento, o apoio ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses e a sua prevalência até, pelo menos, os dois anos de idade são temas recorrentes na comunidade e as moderadoras postam diversos artigos e informações de incentivo a esta prática. A seguir, apresento os depoimentos de algumas participantes da comunidade que responderam à seguinte pergunta feita pela moderação da página: *Qual foi sua maior dificuldade com a amamentação?*

G.A.: Fiquei com os seios rachados porque minha filha ficava 3h seguidas mamando e depois de meia hora ficava mais 3h.. Tudo isso porque deram nan pra ela na maternidade sem meu consentimento e ela se acostumou a ter uma grande quantidade de leite na barriguinha. Só foi melhorar a situação depois que a produção de leite aumentou, aí ela ficou satisfeita.

M.V.: O terrorismo por outras pessoas!!

L. F.: A minha foi a diminuição brusca da demanda. Eu moro só longe da família, marido viaja e trabalha o dia todo. Minha mãe só pôde ficar por um mês comigo... Eu não dormia, tinha que cuidar da casa, fazer minha própria comida e etc.

J. P.: Eu tenho um bebê de 15 dias. Tô tendo que dar complemento. Meu leite não era suficiente para ela. Vinha perdendo peso e ficando desidratada. Ainda tenho esperança do leite aumentar. Choro muito. Queria dar leite materno para meu bebê.

M. A.: Várias! Rachadura, mastite, amamentava chorando, tinha vontade de arrancar minha bebê dali, sem contar as primeiras semanas que ela ficava no peito 24h! Foram dias horríveis! Hoje amo! Dou graças a Deus por ter insistido e aguentado!

T.B.: Os médicos e enfermeiros que ficavam insistindo para eu dar fórmula. Ele não sugava e eu fiquei espremendo leite na boca dele umas 15 horas. A glicemia dele tava baixa e as enfermeiras faziam muita pressão. Mas fui "teimosa" e não dei nenhuma fórmula e agora, com 16 dias, ele mama super bem e meu leite do terceiro dia para frente derramava. Mas agora sempre aparece um palpitero com suas superstições, aff.

A.G.: Palpites de gente sem noção. Tipo: ele só mama, devia dar complemento, isso é um absurdo. Enfim... Mas de toda forma, amamentei exclusivo em livre demanda os três filhotes, o primeiro largou com 1 ano, o segundo com quase 2 anos e terceiro ainda tem 7 meses e é apaixonado pelos peitinhos da mamãe. rrsrrs

A. A.: Minha filha ter ficado numa uti de uma maternidade que se diz humanizada mas que, apesar de eu estar no quarto em frente, deu LA pra ela sem meu consentimento. E assim se seguiram 30 dias de "ela não sabe mamar" enquanto minha consultora de amamentação era proibida de entrar lá

J.M.: Leite em excesso, muita febre, mastite, fissuras, comentários sem nexos dos outros, medo/pavor da maquininha de tirar leite...mas venci! Meu menino tem 1a4m e ainda o amamentação!

V. G.: A primeira semana foi muito difícil. Me preparei muito bem para o parto natural humanizado, mas não tinha me preparado para amamentar. O pior era as pessoas tentando me tranquilizar ou me ensinar. Isso me deixava ainda mais irritada.

M.C.: Sono e cansaço. Amamentar em livre demanda é muito cansativo. Exige uma entrega muito grande.⁴⁸

Observa-se que existem similaridades entre esses depoimentos e os das mães entrevistadas e das mães dos relatos de puerpério. A dificuldade para se estabelecer a amamentação, o cansaço e a falta de sono advindos de se amamentar em livre demanda são pontos comuns nas experiências dessas mulheres. Um ponto que não esteve tão presente nas outras fontes, mas que está nessa é o fato de os bebês, às vezes, receberem leite artificial na maternidade sem consentimento das mães. Essa prática é considerada prejudicial ao estabelecimento do aleitamento, pois, como mencionado anteriormente, causaria a *confusão de bicos* no bebê, já que o movimento necessário à sucção do seio materno é diferente da sucção necessária a uma mamadeira. Os palpites desencorajadores foram mencionados por diversas mães como uma das principais dificuldades enfrentadas no período. Sugestões para a complementação com leite artificial, para uma data de término da amamentação e para não amamentar em livre demanda, foram algum dos palpites mais recorrentes relatados.

Na comunidade *Mães, Cesárea e Cia*, um dos debates sobre dificuldades de amamentação e complementação do aleitamento com leites artificiais indicou que um grande número de mães participantes não amamentavam seus bebês exclusivamente com leite materno até os seis meses.

Muitas contaram que os bebês saíram da maternidade já com complementação, seja por terem nascido prematuros, por precisarem estar alguns dias em observação na maternidade, ou pelo fato das mães não conseguirem amamentar após o nascimento. Os principais motivos relatados pelas mães que não conseguiram amamentar foram rachaduras nos seios e falta de leite.

⁴⁸ <https://www.facebook.com/humanizesse>. Acessado em 19 de dezembro de 2015.

Diversas participantes relataram que ofereciam leite materno para os bebês, mas que estes pareciam não se saciar, por isso complementavam com fórmulas. O cansaço da amamentação também foi mencionado como um motivo para a complementação ao aleitamento materno. As mães relatam que os filhos têm um bom desenvolvimento e uma boa saúde se alimentando com as fórmulas indicadas pelos pediatras. O ponto negativo relatado é que algumas marcas deixariam o bebê *ressecado*, isto é, com prisão de ventre. No entanto as mães que levantaram esse ponto disseram que apenas tiveram de trocar a marca do leite artificial. Abaixo, alguns dos depoimentos:

A. N.: Meu filho mamava por duas horas a cada hora! Me acabava!!!! Então precisei dar fórmula duas vezes ao dia. Com 11 meses ele largou o peito. E hoje com 2 anos, toma até três mamadeiras por dia com mucilon. Almoça e janta bem.

L. R.: Meu bebê nasceu prematuro já saiu da maternidade tomando fórmula entre o intervalo das mamada para não perder peso hoje com 3 meses dou fórmula só a noite e esta gordinho saudável

C. M.: Amamentei até os três meses minhas filhas. Mas complementando com fórmula. Depois dos seis meses leite de caixinha até hoje. Nunca tive problemas com alergias e desnutrição. Acho ótimo quando a mãe pode e consegue amamentar exclusivamente até seis meses, mas no meu caso não deu.

N. B.: Aqui estou em amamentação exclusiva. É difícil, é cansativo, mas agüento firme pq sei que é o melhor pra ele. As vezes penso que meu leite está pouco, mas ele tá engordando e se desenvolvendo bem. Nos momentos de cansaço penso em introduzir a fórmula, mas logo passa, pois não tem coisa melhor do que o de denginho na hora de mamar.

V. D.: Pior besteira amamentar só no peito....entrei com o Aptamil qdo meu filho tinha 20 dias e foi a melhor coisa q fiz !!! Ah, e ele não largou do peito por isso, amamentei ate os 11 meses....

K. C.: Meu filhote mamava incessantemente e eu achava que não tinha leite suficiente. Daí pedi a pediatra para que passasse um complemento. Ela passou uma fórmula, e pasmém, após três meses tomando, o bebê simplesmente enjoou. Cada vez que tomava colocava tudo para fora. A pediatra adorou a notícia e daí em diante ficou só no peito que jorrava em abundância...kkkk

Detalhe: mama até hoje com um ano e três meses.⁴⁹

Observa-se que algumas enfatizam a importância da amamentação para o bebê, mas o fato de alimentarem seus filhos de forma mista (leite materno e leite artificial) ou apenas com fórmulas não causa, pelo menos nas participantes deste tópico, sentimentos de tristeza e frustração, como em algumas participantes da comunidade *Humanize-se*. O cansaço parece ser motivo suficiente para a complementação com leite artificial ou para o desmame,

⁴⁹ <https://www.facebook.com/maescsareaecia/timeline> Acessada em 28/04/2015

diferentemente das mães da outra comunidade que contam superar o *cansaço extremo* para prosseguirem com o aleitamento materno exclusivo.⁵⁰

Observa-se, a partir do relatado nesse capítulo, que há uma centralidade da amamentação na experiência do pós-parto. O leite materno é apresentado socialmente como *o que de melhor uma mãe pode oferecer a seu bebê*. Ao mesmo tempo em que há uma ampla presença de leites artificiais, receitados principalmente pelos próprios pediatras do bebê. São dois discursos contraditórios que coexistem e provocam dúvidas no momento da decisão sobre amamentação.

O aleitamento materno parece ser um dos primeiros momentos onde a mulher percebe que não consegue ter controle sobre todas as implicações de suas escolhas na maternidade. O sucesso da amamentação depende de um outro, que é o bebê, agora separado de seu corpo. O bebê pode não acertar a *pega*, os seios podem apresentar sensibilidade e todo o planejado em relação à alimentação do bebê pode precisar ser alterado.

Outra questão central que pode ser observada nesse período é situação de isolamento em que as mulheres vivem e a falta de contato presencial com mulheres com filhos de sua geração. Esse desconhecimento da prática da maternidade, ou da maternidade na prática, é um dos fatores que gera as surpresas, as emoções desencontradas e a sensação de *que ninguém contou que seria assim*. Daí o papel central que adquiriram as redes sociais no circuito materno. Estas constituem um importante veículo através do qual as mulheres, em face do *isolamento social* a que se sentem confinadas, têm contatos horizontais, com mulheres com filhos na mesma fase de vida, podendo compartilhar suas experiências.

Assim, os relatos evidenciam que as mulheres conseguem superar a situação ao perceberem que não estão sozinhas em seu sofrimento, que outras mulheres vivem também essas dificuldades. Falam em *curar-se*, transformando-se em novas mulheres, agora mais conectadas com seus *aspectos femininos*, e reivindicando o reconhecimento social de que o puerpério seja visto como um momento especial da vida da mulher. Um momento de transição, mas que, para ser vivido plenamente, necessita apoio e acolhimento.

⁵⁰ Aparece aqui a associação entre o tipo de parto e o tipo de alimentação dada à criança observada por Pulhez (2015), havendo maior tolerância para o leite artificial na comunidade mais tolerante também à prática da cesárea.

Capítulo 4. Família, volta ao trabalho e as tarefas de cuidado

Neste capítulo apresentarei outros aspectos vivenciados no período do pós-parto como as mudanças nas relações familiares, a adaptação do casal à vida após o nascimento dos filhos, as decisões sobre o cuidado com as crianças e a volta ao trabalho. Como cada um desses assuntos é vastíssimo, optei por manter o fio condutor tratando essas questões como elementos que tecem a experiência do pós-parto.

4.1 Relações familiares

A mãe

Revisitar a história pessoal da própria mãe, tentar colocar-se em seu lugar e tentar entender a própria criação com um novo olhar, agora de mãe, são processos vivenciados pela maioria das entrevistadas.

Muitas se dão conta das dificuldades enfrentadas pela mãe durante a própria infância, admiram sua força e aumentam seu respeito por ela. Daniela conta que admira ainda mais sua mãe após ter se tornado mãe, pois hoje diz entender as dificuldades que a primeira atravessou. Ela conta que seu pai, apesar de muito carinhoso, era machista e não participava dos cuidados das crianças. Quando tinha seis anos (ela era a mais velha de três), seus pais se separaram, então a mãe teve que criar as filhas praticamente sozinha. Daniela diz que vê a mãe como uma grande guerreira por ter superado tanto desafios. Já Natalia, conta que sempre admirou muito sua mãe e, agora como mãe, ainda mais. Ela diz que pensa nas preocupações que causou durante a adolescência e admira o modo com que a mãe conduziu as diferentes situações, sendo um modelo extremamente positivo para ela.

Outras, ao se colocarem no lugar das mães, divergem das escolhas feitas e questionam os métodos adotados durante a própria criação. Escolhas como contratar uma babá ou enfermeira para cuidar do bebê, escolher não amamentar, superproteger os filhos ou castigar com violência física foram atitudes tomadas por algumas das mães das entrevistadas que, quando revisitadas pelas filhas, agora no papel de mãe, não foram vistas com empatia. Pelo contrário, foram tomadas como modelos negativos, erros a não serem repetidos.

Muitas delas relataram que a gestação, o parto e a escolha do modelo de criação dos filhos foram vividos como processos de busca de autonomia perante à família de origem e sobretudo em relação à mãe. Aproveitaram os exemplos e aspectos que julgaram positivos e tentaram abolir as atitudes maternas que julgaram terem sido negativas. Positiva ou negativa,

objeto de admiração e de conflitos de várias ordens, a figura da mãe apareceu como uma referência decisiva na construção da maternidade das mulheres entrevistadas.

Durante o período do pós-parto, as expectativas em relação ao papel da própria mãe são diversas; no entanto, foi possível observar que giram em torno de três elementos centrais: a ajuda oferecida à puérpera, o nível de interferência nas decisões da recém-mãe, e a aceitação/definição do papel esperado de avó (visualizado por cada puérpera de uma forma diferente). Esses três elementos se combinam de formas variadas e permeiam a relação da nova mãe com a nova avó.

A melhor das combinações para as mulheres poderia ser sintetizada na fórmula: muita ajuda, pouca ou nenhuma interferência e incorporação do papel de avó por parte da mãe. No entanto, nenhuma das entrevistadas relatou viver essa situação, algumas estavam próximas disso, mas a maioria enfrentava algum tipo de turbulência, descontentamento ou possuía alguma expectativa não atendida em relação à própria mãe. Por exemplo, Roberta conta que os pais são ótimos avós, mas que *curtem mais que ajudam* e dão palpites demais, que às vezes tem que ser barrados pelo marido. Já Luiza sente que tem um pouco de interferência por parte da mãe, pouca ajuda pelo fato da família morar longe, mas que como avós são excelentes.

O papel de avó, entendido por cada mulher de uma maneira, foi assumido pela maioria das mães das puérperas. As principais expectativas em relação ao papel dos avós eram atendidas na maioria das famílias das entrevistadas: dar muito carinho, *estragar a criança, mimar*, dar mais liberdade que os pais, servir como exemplo de vida, ser uma referência em valores, foram algumas das expectativas atendidas em relação ao papel dos avós descritas pelas entrevistadas. Já as principais características das que *não assumiram o papel de avó* eram não brincar, não dar atenção e não ter paciência com os netos.

A ajuda prática oferecida pela família é maior nos primeiros dias após o nascimento do bebê. As puérperas recebem ajuda até que se reestabeçam fisicamente para os cuidados da casa (comida, roupas, limpeza) e do bebê. Algumas tiveram ajuda das mães por um período maior, chegando a alguns meses já que muitas das mulheres não viviam na mesma cidade da mãe; esta última viajou para estar com a filha nesse momento inicial. Passado esse período, a ajuda mais prática da família na casa da puérpera acaba diminuindo ou se transformando em ajuda de outro tipo, como ajuda financeira ou a oferta de cuidar no bebê na casa dos avós, por exemplo. Algumas se queixaram de falta de ajuda pois sentiam que as mães ou a família poderiam estar mais presentes. No entanto, as entrevistadas entendiam que o estilo de vida em São Paulo não permitia que as visitas fossem tão frequentes.

O *lado bom* da falta de ajuda, segundo algumas das entrevistadas, é que elas eram poupadas de interferências e palpites indesejados. A postura diante da interferência familiar, sobretudo materna, variava muito entre as mulheres. Algumas entendiam que os avós tinham *direito de falar*, pois essas recém-mães entendem que o bebê não é exclusivamente filho seu, mas também era neto, sobrinho, isto é, fazia parte da vida de outras pessoas. As que viviam longe da família diziam ser mais fácil lidar com os palpites à distância, já que as sugestões inconvenientes podiam ser ignoradas com facilidade. Já outras reagiam enfaticamente às sugestões dizendo *O filho é meu e vai ser do meu jeito! Só o pai pode dar palpite*. Ou havia as que apenas ignoravam, sem entrar em conflito. Houve apenas uma das entrevistadas que disse *adorar pegar palpite*, comportamento que era criticado por sua mãe. Ela contou que gostava de conversar com muitas pessoas (amigas, primas, irmãs) para fazer um balanço das opções e decidir o melhor para si. A única exceção ficava por conta dos palpites da sogra, que se recusava a ouvir pois não concordava com a forma com que ela tratava a criança, *como se fosse um rei e não um bebê*. Para essa entrevistada, essa postura da sogra invalidava qualquer palpite que viesse a ser oferecido. Observou-se que, de um modo geral, o marido fornecia um freio aos palpites das duas famílias, principalmente em relação aos comentários dos avós de ambos os lados, servindo como um contrapeso nas discussões e decisões sobre questões da criação dos bebês

Com base nas entrevistas, parece que os casais entendem que a tarefa de decidir sobre a gestação, parto e modo de criação dos filhos é de responsabilidade exclusiva do casal.

Isso coincide com o observado por Hirsch (2014). Em relação ao parto, idealmente a decisão deve ser tomada pelo casal; no entanto, em caso de discordância, a palavra final caberia à mulher. Essa configuração difere da encontrada pela autora nas camadas populares, onde observou que em geral, a decisão sobre o parto envolvia a gestante, o pai da criança e as mulheres da rede de parentesco, sobretudo a mãe da grávida. Amparando-se em Fonseca (2006), a autora afirma que as decisões envolvendo as crianças nas camadas populares (não apenas sobre o parto mas também sobre a criação, escolarização) não estão restritas ao casal e sim inseridas no processo de coletivização que permeia tal dinâmica familiar, ancorada também nas redes de ajuda mútua.

Ruptura com o padrão familiar

A maioria das entrevistas relata que a experiência da maternidade gerou alguma forma de ruptura com padrões anteriormente estabelecidos pela família, seja no âmbito das práticas adotadas em relação ao parto ou à criação do bebê ou no dos relacionamentos familiares. A

mudança na relação com a própria mãe parece ser uma das principais características desse período.

Não convidar a mãe para o próprio parto, recusar sugestões sobre a criação do bebê, não aceitar ajuda, não compartilhar informações, usar a experiência como filha como um *modelo a não ser seguido*, são algumas das situações relatadas pelas mulheres entrevistadas. Essa mudança é motivada pelo desejo de busca de autonomia, de serem vistas como mulheres adultas que tomam suas próprias decisões e que assumem as consequências destas. A busca pela autonomia é da mulher em relação à sua mãe, mas também do casal em relação à família. A seguir, uma história que ilustra essa situação.

Daniela e o marido haviam se decidido pelo parto domiciliar, e quando contaram à mãe dela, esta foi totalmente contra, dizendo que se tratava de uma irresponsabilidade. Quando a data do parto se aproximava, tiveram dúvidas sobre a participação da mãe e da sogra (que estariam na cidade) no momento do nascimento do bebê, e decidiram que não as queriam presentes. Daniela tinha receio de que a mãe interferisse nas decisões que poderiam ter que tomar durante o processo, por sua personalidade forte. A mãe de Daniela não aceitou bem a decisão e *parecia não ter assimilado*, pois conversava com o casal como se fosse estar no momento do parto. No final, o casal mudou de ideia e quiseram que as duas mães, de Daniela e do marido, estivessem presentes.

E não tive nenhuma vontade de pedir pra ela sair. Ela respeitou muito o meu momento. A relação com minha mãe mudou, acho que ela me vendo como mãe mudou a visão que tinha de mim. Deixou de me enxergar como criança e me viu como mulher. O fato de ter participado do parto transformou o modo como ela me enxerga.

Estar presente no momento do parto domiciliar, que antes julgava uma “irresponsabilidade”, transformou a visão da mãe sobre a decisão que a filha havia tomado e também sobre o parto domiciliar em geral. Daniela conta que houve um esforço das duas para que conseguissem transformar a relação, que mudou positivamente desde então.

Apenas duas das entrevistadas não relataram qualquer tipo de ruptura com padrões familiares, as demais passaram por esta experiência em graus diferentes. É de se notar que esse tema surgiu espontaneamente nas entrevistas, quando perguntadas sobre a relação com a família.

4.2 Grupos de apoio

Todas as entrevistadas vivenciaram algum tipo de apoio fora do núcleo familiar no período do pós-parto. Este foi inclusive um critério de seleção das entrevistadas. Como já apresentado no início deste trabalho, o critério utilizado para identificar o apoio fora da família é amplo e considera a participação/utilização em algum grupo/atividade/serviço de apoio específicos para o período do pós-parto. Os tipos de apoio recebidos pelas entrevistas podem ser divididos em presenciais e virtuais.

O apoio presencial das entrevistadas compreende o serviço de um profissional de psicologia, grupos de apoio a gestação e parto, grupos de apoio à amamentação, encontros regulares com outras mulheres que são mães, encontros regulares com pessoas conhecidas através dos grupos virtuais, idas ao Cinematerna.

Cabe destacar que não houve entre as entrevistadas o apoio, tradicional na classe média brasileira, de babás ou de enfermeiras em casa.

No que se refere ao apoio virtual, destacam-se a visita a *sites* e *blogs* sobre gestação, parto e criação de filhos, comunidades de discussão em portais dedicados à temas maternos, listas de discussão *online*, comunidades temáticas no *Facebook* e grupos no *WhatsApp*⁵¹.

A dinâmica desses tipos de apoio será apresentada a partir da vivência das entrevistadas descritas a seguir, no entanto, outro ponto a ser ressaltado é que as mulheres que se engajaram de algum modo com o ideário do parto humanizado foram as que mais participaram de grupos e atividades presenciais, seja durante a gestação ou no pós-parto.

No tópico sobre amamentação foi apresentada a história de Beatriz e de como sua participação em um grupo de apoio virtual sobre aleitamento materno modificou sua experiência de amamentação e de construção de vínculo com o filho. A seguir apresento a história de Janie, que é riquíssima, dentre tantos aspectos, para se compreender o movimento empreendido pelas mulheres na circulação entre os diferentes tipos de grupos e os diferentes meios, presencial e virtual, que estão intimamente imbricados.

O envolvimento de Janie com os grupos de apoio se deu por ocasião de sua segunda gestação. Ela desejava que esta experiência de parto e pós-parto fosse diferente da anterior, relatada como sendo uma situação na qual lhe haviam realizado uma cesárea não desejada. Também havia passado por uma depressão no período pós-parto, que *foi vivida de modo velado*,

⁵¹ Serviço de mensagens instantâneas de texto, voz e vídeo utilizado a partir de um telefone celular.

e não muito comentada pela família. Na busca por informações sobre parto, por ocasião de sua segunda gestação, conversou com uma amiga que havia acabado de ter um parto humanizado, que lhe deu bastante informações escritas sobre parto ligadas ao ideário da humanização do nascimento. Logo em seguida conta que passou a frequentar semanalmente um grupo de apoio a gestantes no GAMA- Grupo de Apoio à Maternidade Ativa, segundo ela *toda quinta ia como a uma missa*. Este grupo possui também uma lista virtual de discussões, que é um espaço para as mulheres conversarem sobre temas relativos à maternidade em geral, gestação, parto, amamentação, criação de filhos, etc. Ela conta que com a lista de discussão seu mundo se abriu para informações sobre o parto no Brasil, para a história das mulheres, para os problemas do puerpério. Ela diz que *das 14 horas que trabalha passava sete lendo a lista*. Janie conta que tem amigas hoje que conheceu através da roda de gestantes e que se aproximaram pela lista de discussões e pelo *Facebook*, ou seja, se conheceram presencialmente, fortaleceram os vínculos por meios virtuais para enfim, consolidarem uma amizade presencial.

Além disso, Janie criou um grupo no *Facebook* com amigas que tinham filhos, com o objetivo de discutir os assuntos referentes à maternidade. Como esse grupo não estava muito ativo, dez dias após o nascimento de sua filha, excluiu as pessoas que não participavam, chamou as *amigas de barriga e de DPP⁵² próxima* e batizou o grupo de *Buxixo de Mães*, que começou com 40 pessoas com crianças com data de nascimento próximas. Ela afirma que esse foi um processo bastante consciente pois queria ter amigas com bebê no colo, queria amigas que estivessem amamentando.

O processo de sair de casa foi gradual, ela conta que após uma semana do parto começou a descer com a bebê para a parte de baixo de seu prédio, com 20 dias dava a volta no quarteirão. Quase dois meses após o nascimento de sua filha, se encontrou ao vivo com as amigas do *Buxixo de Mães* e depois disso saíram juntas todos os dias até a filha completar um ano. *Um parque, uma praça, um suco, uma roda de amamentação, uma aula de musicalização, pelo menos uma pessoa eu via todos os dias*.

A família sofreu um rearranjo porque ela não quis voltar a trabalhar com a bebê com 3 meses, mas ainda não sabia o que queria fazer. A primeira escolha foi de ficar com a filha no primeiro ano e não a colocar numa escola, e ela diz, que precisava se redescobrir profissionalmente. Ela conta que trabalhava há muitos anos com cinema, mas que sentiu um desejo de mudar de área. Para que ela pudesse ficar sem trabalhar precisaram contar com um

⁵² Data Prevista do Parto

período de ajuda financeira da família. Em seguida passou por um processo de *coaching*, e fez cursos para atuar como doula de parto e de pós-parto, sendo esta sua profissão atual. Com este trabalho, novos arranjos precisaram ser feitos. A filha ficava alguns dias na semana com uma *educadora*⁵³ em sua casa e na semana da entrevista, mais algumas crianças começariam a ficar com elas na casa de Janie. *As demandas são minhas: não quero que ela vá pra escola, como resolvo? Não quero ficar sozinha no puerpério como resolvo? É um gasto de energia grande, é muita interação, é muita relação mas aprendo muito com isso.*

A relação com os diversos grupos de apoio não impactou apenas os rumos da gestação e do parto de Janie, mas foram responsáveis também pela mudança na profissão, nas redes de sociabilidade de sua família e na forma de educar a filha.

Embora a participação em grupos de apoio se dê, pelo menos como motor inicial, por meios virtuais, contribuindo para a construção de redes de relacionamentos que, efetivamente ajudam as mulheres no período do pós-parto, como mostram os relatos, cabem algumas considerações sobre os grupos *online* estudados no tocante a especificidade das relações que são desenvolvidas nesse espaço. Essas considerações foram inspiradas em Turkle (2011)⁵⁴, que há mais de trinta anos estuda as relações entre pessoas e tecnologia.

A autora relata que, ao começar a estudar as implicações das relações entre as pessoas e a tecnologia, sua visão inicial era a de que usaríamos a favor do mundo real o que aprenderíamos sobre nós mesmos a partir da interação com a tecnologia no mundo virtual. No entanto, seu otimismo se transformou ao longo dos últimos anos, quando passou a se deparar com um número crescente de pessoas que pensavam que suas vidas *online* eram mais satisfatórias que suas vidas reais.

A autora descreve duas tendências tecnológicas que se firmaram a partir de meados dos anos 1990: o desenvolvimento da robótica e sua inserção social e o avanço de uma vida totalmente conectada à internet.

Em sua pesquisa sobre a vertente robótica da tecnologia, Turkle analisou o relacionamento de crianças e idosos com robôs desenvolvidos com o intuito de servirem de “companhia” para essa população (tais robôs tinham a forma de bichos de pelúcia e bebês). Ela observou que, nesse tipo de interação, havia uma *performance* da conexão que não poderia ser considerada, de fato, uma conexão, pois se tratava de uma pessoa interagindo com uma máquina

⁵³ Termo utilizado pela entrevistada para a cuidadora da filha. Não é a figura da babá, pois esta profissional além de exercer o cuidado realizava também atividades educativas.

⁵⁴ Agradeço à Professora Guita Grin Debert a sugestão dessa leitura.

que não pensa, não tem sentimentos, não se relaciona. A autora afirma que a ideia de que se possa destinar robôs como companhia ou executantes de tarefas de cuidado de crianças ou idosos é proveniente de uma sociedade que entende que não há tempo disponível para que pessoas se dediquem a esses grupos. O problema dessa visão seria o de que a *performance* da conexão poderia se tornar uma “conexão suficiente”; assim, conectar-se com um robô poderia parecer “melhor que nada” já que não havia expectativa de outro tipo de conexão vinda das pessoas. O problema gerado por essa situação é, segundo a autora, que este padrão pode tornar-se o parâmetro esperado nas relações sociais. Passamos a esperar menos de nós e mais da tecnologia, atribuímos qualidades humanas a objetos e nos contentamos com tratar uns aos outros como coisas.

Ao analisar a segunda tendência, o avanço das vidas totalmente conectadas à internet, seja por meio de computadores pessoais ou de dispositivos móveis, a autora afirma que essa relação não mudou apenas o que fazemos, mas também o que somos. Comportamentos que alguns anos atrás seriam considerados estranhos ou até mesmo patológicos passaram a ser a norma, como, por exemplo, a necessidade de estar acessível à comunicação de forma permanente.

Nesse cenário, a autora entende que se vive a ilusão da companhia sem as demandas da amizade. Podemos apresentar-nos com o perfil que desejamos, ressaltando ou omitindo certas características, sendo “amigos” de pessoas com as quais temos pouco ou nada em comum. As conversas são mediadas por um dispositivo, ou uma plataforma e não acontecem em tempo real, há tempo para que os diálogos sejam editados e caso o interesse na conversa diminua ela pode ser interrompida a qualquer momento. O controle e a conveniência tornam-se os elementos centrais das relações virtuais.

Para a autora, nossas relações com e através da tecnologia transformam os limites entre intimidade e solidão e fazem surgir a demanda por relações que envolvam intimidade, mas sem o comprometimento exigido pelas relações humanas desenvolvidas cara a cara. “Estamos cada vez mais conectados uns aos outros mas estranhamente mais sozinhos: na intimidade, novas solidões” (2011: 19). A autora assinala que estar sozinho é um requisito para estar conectado, vive-se simultaneamente de forma conectada e ausente.

Quando transposta para as relações desenvolvidas no circuito materno virtual, as questões apresentadas por Turkle permitem uma série de reflexões.

As relações presentes nas comunidades do *Facebook* analisadas podem ser enquadradas no modelo apresentado pela autora sobre as relações *online*. Trata-se de uma “amizade” sem o comprometimento das relações face a face, onde há controle sobre o que se diz e a participação

ocorre de acordo com a conveniência. Participa-se apenas quando um tópico chama a atenção ou simplesmente quando se tem vontade ou interesse de participar, não há uma obrigação de frequência de visitação à página, nem reciprocidade exigida.

As participantes parecem vivenciar um sentimento de pertencimento fugaz, construído por pequenos momentos, como ao compartilhar a mesma opinião nos comentários sobre um tópico específico ou por possuírem um oponente em comum, como por exemplo, adeptas de certo tipo de parto.

A sensação de solidão pode ser aliviada momentaneamente quando se compartilha um problema pessoal nas comunidades; no entanto, a mulher que o faz poderá se deparar com dois tipos de respostas: empatia ou hostilidade. Quando ocorre a segunda opção, a sensação de solidão poderá se acentuar ainda mais. Além disso, a comparação da própria vida com a vida de outras mulheres, tal como apresentadas por estas, pode gerar frustração e tristeza. Diversas vezes observei essa situação, com mulheres lamentando-se por não conseguirem fazer tudo o que “veem” as outras mães fazendo. Na verdade, não veem na prática, no dia a dia, apenas leem o que as mulheres relatam que fazem, e tomam esse relato como se fosse a realidade.

Outra característica dessas comunidades é que, praticamente, não há espaço para a divergência expressa num diálogo de pontos de vistas. O que ocorre é que se concorda ou não com um assunto, de forma polarizada, sem que haja espaço para um debate em que opiniões discordantes coexistam. Quando uma divergência surge é recorrente a frase *procure a comunidade X que defende essa posição*. Nesse sentido, o formato do meio tecnológico acaba por moldar a forma da conversa, que acaba se desenvolvendo em comunidades de interesses específicos e os interesses “comuns” são circunscritos a um só tema.

Os casos relatados parecem indicar que as entrevistadas ativas *online* participavam do mundo virtual com fins específicos, como receber ajuda sobre a amamentação, tirar dúvidas sobre a gestação, organizar uma rede de apoio, que também era presencial. O limite parece se estabelecer no ponto em que se diferencia a tecnologia utilizada como um meio - para contatos, informações ou esclarecimentos - ou como um fim em si mesma, atribuindo à máquina a qualidade humana de relacionar-se, criando a necessidade de se estar permanentemente acessível à comunicação, como bem alertou Turkle (2011).

4.3 O casal após o nascimento dos filhos

Foi possível identificar, a partir das entrevistas, dois tipos de padrão nos relacionamentos dos casais no que se refere às decisões em relação à gestação, ao parto e à criação dos filhos. No primeiro padrão, quase todas as decisões são debatidas e decididas conjuntamente. É

possível observar que a própria linguagem utilizada é diferente, com as mulheres relatando suas decisões no plural, o “nós” é mais recorrente que o “eu”. Já no segundo padrão, parece haver uma preponderância da mulher na tomada das decisões, e o marido pode apoiar ou não a escolha da mulher. O que não parece haver, a partir do observado nas entrevistas, são situações em que o marido toma as decisões de forma preponderante. Ao menos no que se refere aos temas citados acima, a palavra final parece sempre ser da mulher.

Daniela relatou uma situação ocorrida durante seu parto que exemplifica o estilo do casal nas tomadas de decisão. Minutos após o bebê nascer, ele foi para seu colo, porém não sugou seu seio. Como sua placenta ainda não havia saído, *decidiram em conjunto* que o marido ficaria com o bebê e ofereceria seu dedo para este sugar, até que os procedimentos do parto terminassem. Isso foi feito, segundo Daniela, para aproveitar os primeiros momentos de vida quando o reflexo de sucção do bebê é mais forte. Eles sabiam dessa possibilidade pois haviam estudado juntos sobre a gestação e o parto.

Já Beatriz conta que tomava as decisões sozinhas e, em geral, o marido a apoiava. Nos momentos em que o marido tentou impor decisões com as quais não concordava, ela afirmava que a escolha era dela como mulher. *Quem vai ser cortada sou eu, quem está com a barriga gigante sou eu, eu que amamento e eu que decido o lugar que vou ficar*, eram algumas de suas respostas nessas situações.

Vida sexual

A vida sexual do casal após o nascimento dos filhos pareceu ser um assunto delicado para algumas das entrevistadas. Por essa razão, e também a pedido de algumas delas, nesse tópico não usarei nenhuma identificação.

Nas entrevistas que discorreram sobre a vida sexual, todas disseram que sentiram uma redução na libido nos primeiros meses após o parto. O cansaço, as dores pela amamentação, a preocupação constante com o bebê e a falta de sono contribuía para que o desejo sexual não voltasse a existir nas mulheres. Muitas disseram sentir que era um momento voltado ao bebê: *era o momento de cuidar da cria*. Os homens pareciam compreender isso nos momentos iniciais, mas manifestavam o desejo de voltar à atividade sexual mais rapidamente do que elas, expressando uma demanda sobre a mulher que, às vezes, gerava conflitos. Uma delas contou que o impacto da chegada do bebê foi muito forte para o relacionamento do casal.

A intimidade acaba por um tempo, você não tem vontade de estar com ele. Eu sentia como um momento de cuidar da cria, não conseguia me desconectar, estar tranquila. Não era o mesmo prazer porque estava pensando no bebê, o bebê estava

perto. Não conseguia ficar à vontade. Eu pensava: pra fazer isso desse jeito é melhor nem fazer. Já o homem fica estressado porque isso faz parte da energia do dia a dia, do cotidiano deles. Acho que precisaria de um homem com sentimento afeminados para me entender.

Outra entrevistada diz que a dimensão sexual era muito importante para o casal e que, após a “quarentena”, as coisas foram voltando ao normal. No início o marido reclamou um pouco pela ausência de sexo, mas ela estava bastante dedicada ao bebê e praticando *cama compartilhada*, o que dificultava os momentos de intimidade do casal. Disse que se sentia em um momento de *cuidar da cria*. Ela conta que o panorama mudou quando entenderam que podiam usar outros cômodos da casa para estarem juntos durante o dia e que não precisavam se limitar aos momentos da noite em que o bebê estava dormindo, já que este ainda demandava muitos cuidados pela noite.

Algumas mencionaram que faziam um esforço deliberado para estarem com o marido, *marcando horário*, para que não se perdesse a intimidade do casal. Também achavam necessário cultivar um tempo a sós com o marido, longe do bebê, mesmo que por pouco tempo, para não perderem a *dimensão de homem e mulher*, temporariamente dominada pela identidade de mãe e pai. Passados os meses iniciais, a vida sexual pode ser retomada, nesses casos, sem grandes turbulências ou grandes mudanças de padrão.

Divisão de tarefas

Das nove entrevistadas, quatro estavam no período de licença maternidade, quatro não trabalhavam em período integral e possuíam horários flexíveis, e uma trabalhava em período completo. Os maridos de todas trabalhavam em período integral (dois com horários mais flexíveis), lembrando que uma delas era divorciada. Essa configuração se refletia nas divisões das tarefas domésticas e dos cuidados com os filhos. Pelo fato de os maridos estarem o dia todo fora, os cuidados com os filhos ficavam sob responsabilidade das mulheres. As divisões das tarefas eram combinadas e não pareciam seguir uma lógica de divisão rígida, de 50% de atividades para cada um. Por exemplo, muitas não viam a necessidade de o marido acordar no meio da noite para cuidar do bebê, já que ele trabalharia todo o dia fora e a mulher teria a possibilidade de dormir durante o dia. Seis das entrevistadas afirmaram que quando os maridos chegavam em casa do trabalho assumiam tarefas domésticas e de cuidado com as crianças. Uma delas não contava com ajuda no dia a dia, por ser divorciada, e duas disseram que sempre precisavam pedir ajuda, ou determinar as tarefas exatas a serem executadas, já que o marido não se oferecia espontaneamente para realizar as tarefas. A divisão de tarefas, com atribuições

distintas para cada um, mostrou-se um elemento potencialmente conflitivo com o padrão igualitário de tomada de decisões.

Roberta conta que quando seu marido está em casa sempre cuida da bebê e realiza as demais tarefas referentes à filha. Quando o marido está trabalhando ela é a única pessoa que cuida da bebê. Ela entende que, para que o marido participe, a mulher precisa dar espaço e ser menos controladora. Em sua visão, as mulheres reclamam que os homens não ajudam, mas também não dão espaço para que o homem assuma suas responsabilidades na divisão dos trabalhos domésticos, pois querem que as tarefas sejam feitas a seu modo. Essa situação foi também mencionada por Luiza, que contou que seu marido sempre trocava as fraldas de sua bebê, no entanto ela sente que *tirou ele de campo*, pois gostava de cuidar do *seu jeito*; assim, a ajuda antes recebida espontaneamente acabou reduzindo-se apenas ao fim de semana.

Para Marisa e o marido, a divisão equilibrada das responsabilidades com os filhos e a casa é buscada no dia a dia. Ela diz que o cuidado com o bebê ficava por sua conta, mas que o marido a ajudava sempre que ela pedia, e conta com humor que ele *já estava percebendo que, se a criança estava com cocô, ele podia trocar e que podia inclusive dar banho por conta própria*. Já na maioria dos dias, durante a semana, era ele quem fazia o jantar. Marisa conta que gosta de cuidar e entende que isso é ligado de algum modo ao feminino. Ela reflete:

Eu penso que é da mulher sim, da natureza, como uma árvore, há funções que o feminino tem que o masculino não tem. Essa coisa do alimento (embora na minha casa meu marido faça o jantar), mas a coisa do nutrir, do servir. Não sei se estou muito mãe, Amélia, Madalena, mas eu acho que tem coisa que é do feminino mesmo.

Ela percebe que este é um conflito para as mulheres e que suas amigas dizem que ao homem deve ser atribuída a metade das tarefas, que o cuidar não é algo exclusivo da mulher. Ela observa que as mulheres, em geral, acabam se estressando muito com a bagunça da casa, se sentem sobrecarregadas e que muitos maridos não as apoiam. Marisa pensa que o fato de ela ser tranquila com a organização, especialmente na fase em que os bebês exploram e bagunçam a casa, ajuda para que ela não se estresse com a (des)arrumação do lar. Além disso, seu marido a apoia muito para que saia sozinha, para que tenha seu lazer, seu tempo como indivíduo, o que contribui para a relação de parceria que possuem.

Sejam quais forem os arranjos ou acordos estabelecidos, a situação da divisão de tarefas entre o casal no período do pós-parto poderia ser resumida numa frase de Natalia: *Não tem jeito, a mãe sempre acaba fazendo mais.*

Por meio das entrevistas, pode ser observado que a presença do pai é fundamental para uma vivência tranquila do pós-parto. Mais que a ajuda prática com os cuidados com o bebê, sua principal função parece ser a de apoiar a mãe no processo de aprendizagem da maternidade, o que corresponde também à sua aprendizagem da paternidade. Isso envolve, além das tarefas práticas, compartilhar o peso das decisões tomadas em relação à criação do bebê e apoiar as escolhas tomadas pela mulher nesse período. Escolhas como a opção pela amamentação em livre demanda, cama compartilhada, desmame, volta ao trabalho são potencialmente geradoras de conflitos com as famílias de origem. E nessas situações o marido teria o papel de intermediar a relação da recém-mãe com as famílias, filtrando e freando as tentativas de interferências consideradas indevidas dos parentes.

4.4 A volta ao trabalho e as tarefas de cuidado

A volta ao trabalho para as entrevistadas

A volta ao trabalho é um dos tópicos delicados para algumas mulheres no período pós-parto, por se verem em um conflito, entre a vida profissional e a vontade de estar com o bebê. Dentre as entrevistadas, duas estavam em período de licença maternidade, cinco já estavam trabalhando e duas dedicavam-se aos cuidados do bebê. Algumas retomaram sua atividade profissional sem grandes sofrimentos, outras mudaram totalmente suas rotinas e profissões para poderem estar mais perto dos bebês e outras optaram por dedicarem-se exclusivamente aos cuidados do bebê e, por conseguinte, da casa. A seguir apresento a história de Luiza, que optou por cuidar de sua filha nos primeiros anos e não voltar ao mercado de trabalho.

Quando engravidou Luiza havia acabado de começar o Mestrado e não estava trabalhando. Ela diz que isso foi *um pouco traumático* porque não sabia o que iria fazer profissionalmente dali para frente. Depois avaliou que foi bom ter feito o Mestrado nesse período pois teve tempo de ficar com a bebê. Terminada essa etapa, ela conta que sentia o desejo de ficar em casa com sua filha. *Mesmo depois de acabar o mestrado não queria trabalhar, queria apenas ser mãe. No ano passado fiz uma seleção de trabalho e o diretor de Recursos Humanos percebeu que eu não queria aquela vaga.* Após, três anos e meio dedicada à casa e aos filhos, Luiza *sente necessidade de voltar a trabalhar.*

Hoje já passou essa necessidade de estar em casa, já se cumpriu um ciclo. Adoro minha filha mas quero voltar ao trabalho. Voltar a trabalhar é uma necessidade pessoal e financeira. Ainda acho cruel o ritmo de uma empresa, são questões que não vejo como conciliar: se ela ficar doente, se precisar sair mais cedo. Mas ao mesmo tempo acho que nesse tempo, três anos e meio com ela, consegui dar uma estrutura

para ela lidar com as adversidades. Eu preciso, não aguento mais fazer as coisas da casa. Acho que também por sempre verem a mãe em casa, não dão tanto valor. É bom também sentirem saudades, quero vê-los e ser vista de outra forma.

Para Luiza, o mais difícil é lidar com a rotina doméstica, ficar e cuidar da casa, já que estava acostumada a trabalhar fora desde cedo. Ela diz haver uma espécie de invisibilidade social e também um demérito da mulher que opta por ficar em casa.

Há uma desvalorização da mulher que fica em casa. Por outras mulheres também. Minhas próprias cunhadas dizem, mas você tem um currículo tão fantástico, onde está deixando isso? Estou sendo mãe. Eu não estava emocionalmente preparada para o mercado.

O não reconhecimento do trabalho realizado é um dos motivos que leva Luiza a querer retornar ao mercado de trabalho.

Eu acredito que quando você volta ao mercado de trabalho ele te agrada, você de novo é você, você se sente valorizada por outra coisa, você pensa de novo. Acho que se meu marido valorizasse meu trabalho em casa, elogiasse, acho que gostaria de ficar em casa.

Luiza acredita que cuidar, educar e transmitir valores a uma criança é uma tarefa bastante complexa e por isso fez questão de se encarregar dessa função nos primeiros anos da filha. *Deixar seu filho ser criado por outra pessoa parece mais corajoso, mas não é. Parece que você está evitando um problema.* Agora que pretende retornar ao trabalho pensa ser melhor deixar a filha em uma escola em tempo integral, por serem profissionais, e não com uma babá. Mas não deixa de sentir uma certa angústia com a decisão.

A escola em tempo integral mostrou-se como a escolha predominante das mulheres entrevistadas. As que ainda não haviam retornado ao trabalho, disseram preferir essa alternativa à contratação de uma babá. Um dos motivos alegados com frequência é que as mulheres confiam mais em uma instituição para cuidar do bebê do que em uma pessoa praticamente desconhecida. Além disso, como poucas contam com a ajuda da família durante a semana, qualquer eventualidade que ocorresse com a babá poderia prejudicar a rotina de trabalho dos pais, já que poucos teriam com quem deixar o bebê. Essa situação indica uma mudança nos hábitos das camadas médias brasileiras: há uma maior dependência da escola e uma diminuição da presença da babá, que era constante no cenário familiar desse setor social, até pelo menos a geração anterior, isto é, quando as mulheres que agora são mães eram crianças. Algumas das

entrevistadas relataram terem sido cuidadas por babás na infância, mas mesmo estas dizem preferir colocar os filhos em uma *escolinha*, pelos motivos mencionados acima.

Volta ao trabalho e tarefas domésticas na Comunidade Mães, cesárea e cia.

A volta ao trabalho também é um tema discutido nas comunidades do *Facebook*. O trecho selecionado abaixo mostra diferentes sentimentos e situações vividos pelas participantes.

Mães, Cesárea e Cia: Fim da licença maternidade. Um momento doloroso para a mamãe...

S. D.: Eu consegui....me preparei muito e posso dizer: foi uma volta tranquila e sem culpa! Chorei muito no primeiro dia! Mas me consolo em pensar que saio para trabalhar por nos....e por um futuro financeiro (que SIM é muito importante) pra minha filha.

K. N.: Voltei e não me arrependo, trabalho só meio período e consigo dar uma vida digna aos meus filhos graças ao meu trabalho.

R.S.: A minha hora também está chegando e eu já estou sofrendo por antecedência! Eu trabalho a noite e meu bebê vai ficar com meu marido! Penso que é menos mal que trabalho a noite.. mas fico pensando na amamentação. . Porque ele se acalma muito com o peito!! Mas temos que nos adaptar!

E.M.: Não consegui voltar!!

J.M.: Eu voltei em Fevereiro, foi muito tranquila minha volta, ele se adaptou super bem a escolinha e eu a nova rotina, não me arrependo, meu salário juntamente com o do meu marido nos proporcionam realizar nossos sonhos, dar uma vida digna pro nosso filho e tudo que está ao nosso alcance pro bem estar do nosso bebê, precisamos cuidar do futuro dele também, quero dar uma boa educação e infelizmente tudo precisa de dinheiro

N.M.: Não quero nem pensar, minha solução vai ser creche e isso me dói

K. C.: Castelli Não gosto nem de pensar que esse dia ta chegando

K. V.: Eu não consegui voltar!!!!

C. F.: Bom eu fui demitida no dia em que retornei da licença maternidade. (...). Demorou mais de um ano para eu conseguir um emprego, quando consegui não segurei muito, minha filha ficou hospitalizada e eu tive que ficar com ela, em seguida ela teve catapora e mais uma vez eu tive que ficar com ela e na sequência eu peguei catapora, foram três meses super conturbados e então perdi o emprego. Outros fatores me impediram de conseguir outro emprego e hoje sou "do lar" como dizem. Ainda é muito complicado ser mãe no mundo profissional, esperam que você terceirize seu filho na saúde e na doença e eu não consigo terceirizar na doença.

Fui muito questionada, me perguntavam: "mas você não tem com quem deixar?"

Poxa minha filha internada no hospital e eu iria trabalhar como?

Fui questionada, julgada, condenada, mas quer saber? Faria tudo de novo e passaria por todos os apertos de novo, pelo menos quando eu deitar a noite sei que fiz tudo o que podia pela minha filha.

Os demais comentários desse tópico dividiram-se aproximadamente em três posições. A primeira posição era das que externavam a tristeza por terem que voltar ao trabalho, sendo as maiores preocupações a separação do bebê e a preocupação com a adaptação deste à nova situação de cuidado. Uma segunda posição era a das mulheres que voltaram a trabalhar e estavam contentes por isso, afirmavam que trabalhar permitia que dessem um *futuro melhor* para os filhos. Já a terceira posição era a das mulheres que não voltaram a trabalhar, que na maioria das vezes manifestaram um sentimento ambíguo em relação à situação. A frase *não consegui voltar* era a mais recorrente neste grupo. O sofrimento de se separar do filho seria maior que os benefícios do trabalho; no entanto, pouquíssimas expressaram apenas alegria com a decisão de não voltar ao emprego. O mesmo pode ser observado nos comentários das mulheres que voltaram ao trabalho. Sempre havia uma justificativa para a necessidade de se trabalhar e todas enfatizaram a questão financeira para retornar ao trabalho. Nenhuma participante disse que voltou a trabalhar apenas por *querer*. Elas *precisavam*.

As tarefas domésticas entram também na equação trabalho e maternidade, contribuindo para a situação experimentada pelas mulheres de não conseguirem *equilibrar* todas as demandas, as do cuidado dos filhos, das tarefas de casa e do trabalho fora de casa. Vejamos alguns comentários:

“Mães, Cesárea e cia: *O que a seu ver ocupa mais, a maternidade ou os trabalhos domésticos? Porque? Você tem quem te ajude?*

R.A.: O trabalho doméstico me preocupa mais, pois acaba ficando de lado pra cuidar da minha bebê, e fico nervosa pq se a casa ficar suja pode prejudica-la, e ainda tenho um menino de 3 anos que bagunça tudo, ficou doidinha, meu marido até ajuda, mas é aquela "ajuda" né?. Rss, tenho que ficar chamando a atenção dele, pois bagunça mais do que arruma.

D.P.: A maternidade, a minha filha não me deixa fazer nada. Quando o meu marido chega do trabalho entrego ela pra ele . É questão de segundos ela começar a chorar, fico muito cansada porque ela só quer ficar comigo.

M.A.: Trabalhos domésticos com certeza! O resto é prazer! Não tenho quem me ajude nos afazeres domésticos.

F.R: Pra mim os dois são sinônimos ! Então Maternidade = Trabalho doméstico! Ando exausta por aqui !

R.N.: O trabalho fora de casa.

N. M.: O trabalho fora de casa tem me consumido muito. Quanto às tarefas domésticas, meu marido ajuda bastante. Sinto não poder dar tanta atenção só ao meu filho quanto gostaria. Sou professora!

P.G.: Meu bebê tem 4 meses e eu não consigo fazer praticamente nada em casa. Os cochilos dele duram no máximo 15 minutos dai tenho que decidir se começo a fazer comida, tomo banho, como, varro a casa... Tudo por etapas. Quando ele tá acordado ele não fica muito tempo distraído sozinho (mesmo que perto de mim no carrinho). Só quando meu marido está em casa que consigo fazer as coisas. Me dá

até uma "invejazinha" quando umas mães falam que conseguem fazer tudo em casa com o bebê. Será que eu quem sou mole demais?

D.C.: É normal. Também era assim, mas é só uma fase e passa super rápido... Aproveita pra curtir o bebê, serviço de casa além de chato e cansativo não acaba nunca

Essas falas indicam, como também no caso das entrevistadas, que as mulheres ainda vivenciam um conflito entre a maternidade, o trabalho e as tarefas domésticas.

Badinter (2011) é uma das autoras que analisa essa situação e identifica que houve uma mudança na concepção atual de maternidade, gestada nos últimos 30 anos que representa um retrocesso em relação às conquistas feministas quanto à autonomia da mulher. Ela aponta que três fatores foram os responsáveis por essa mudança: a crise igualitária (medida pela desigualdade nos salários entre homens e mulheres, além da desigual divisão das tarefas domésticas); a crise identitária (que ocorreu por causa da indiferenciação dos papéis masculinos e femininos); e o discurso naturalista (que segundo a autora, é uma ideologia que deseja a volta a um modelo tradicional onde há uma valorização do “natural” e que coloca a maternidade no centro da identidade feminina).

O padrão atual é apontado por Badinter como o mais exigente das últimas décadas. Como a maternidade hoje é vivida como uma opção, exige-se que a mulher que decide ser mãe tenha quase uma obrigação moral de se realizar na tarefa. “Do dom da vida de antigamente, passamos a uma dívida infinita em relação àquele que nem Deus, nem a natureza nos impõem mais, e que um dia será capaz de nos lembrar que não pediu para nascer...” (2011:19).

Além disso, a chamada “ofensiva naturalista”, ligada ao movimento ecológico, imporia às mães uma “volta à natureza”, no sentido de se incentivar a amamentação, o parto natural, o uso de fraldas não descartáveis, a cama compartilhada. Práticas estas que demandam grande disponibilidade e dedicação das mulheres à tarefa de ser mãe.

O problema do discurso naturalista, para a autora, é que ele imporia um modelo moral de maternidade que não é desejado por todas as mulheres, e que acaba por gerar sentimentos de culpa naquelas que optam por práticas distintas. Nesse modelo, que “dá império ao bebê”, as necessidades e desejos da criança são a prioridade e não os da mulher ou do casal.

A autora chama a atenção para a diversidade das aspirações femininas, que abarcam as que desejam apenas ser mães, as que desejam conciliar o trabalho e a família e as que desejam dedicar-se apenas à carreira sem filhos. No entanto, Badinter afirma que mulheres encontram-se no centro de contradições de ordem social e subjetiva.

“Enquanto os defensores da família tradicional desaprovam as mães que trabalham, a empresa censura os repetidos partos. Pior ainda, a maternidade é sempre considerada a mais importante realização da mulher, ao mesmo tempo que é desvalorizada socialmente. As mães em tempo integral são sub-remuneradas, privadas de identidade porque sem competências profissionais, e forçadas a responder a essa pergunta: O que você faz no seu dia a dia? Em uma sociedade em que a maioria trabalha, aquela que fica em casa, ou faz dos filhos prioridade corre o risco de ser rotulada de desinteressante.”[p. 183]

Eu acrescentaria, se a mulher trabalha, corre o risco de ser rotulada de “mãe ausente”, ou adjetivos similares. Como relatado inúmeras vezes por diferentes mulheres, independentemente das escolhas, a mulher que é mãe será alvo de críticas e julgamentos, dada a forte carga moral associada à maternidade em nossa sociedade.

4.5 As dificuldades do puerpério

Uma das questões da entrevista perguntava qual era a maior dificuldade enfrentada pelas mulheres no puerpério.

A amamentação, mais especificamente o cansaço decorrente desta atividade, foi apontada por diversas mulheres como uma das grandes dificuldades do pós-parto. A retomada do relacionamento do casal e da vida sexual também foram destacadas como pontos delicados vivenciados no período. Já as entrevistadas em cuja família havia outros filhos assinalaram que a adaptação ao novo arranjo familiar foi uma das maiores dificuldades do pós-parto, sendo que algumas delas sentiram a necessidade de recorrer à ajuda psicológica para encontrarem um equilíbrio na nova situação. Recobrar uma perspectiva individual e conciliar o ser mãe e ser mulher foram outras das dificuldades expostas. No entanto, as palavras mais recorrentes ao longo das entrevistas em relação a esse período giravam em torno de cansaço e disponibilidade. Abaixo, dois trechos de entrevistas ilustram essas questões.

Quando perguntada sobre o que mais lhe impactou nesse período, Luiza respondeu:

O cansaço extremo, você vive cansada. Dou um valor extremo às mães, porque nesse cansaço extremo a gente consegue continuar e fazer tudo. Cozinhar, arrumar casa, cama, compras, eu conseguia fazer com cansaço extremo. São noites e noites. De onde sai essa força isso é inesperado”.

E para Roberta, a questão da disponibilidade havia sido mais impactante.

É muito trabalho que exige mais comprometimento do que tempo propriamente, ou alguma habilidade muito desenvolvida; é muita dedicação. Você não escolhe o que vai fazer, é o bebê que acaba definindo tudo. Se você vai tomar banho, se hoje vai comer alguma coisa ou não, é muita dedicação.

Quando perguntadas sobre o que consideravam uma superação vivida no puerpério, a amamentação também está no topo da lista. Ela representa uma das maiores dificuldades e também uma das maiores superações na visão das entrevistadas. Chegar ao objetivo de amamentar o bebê, pelo tempo a que se propuseram, gerou uma grande satisfação e um sentimento de *dever cumprido*. O parto, e todo o processo percorrido para se conseguir o tipo de parto desejado, também foi considerado por muitas um momento de superação, tanto pessoal quanto do casal. Duas entrevistadas mencionaram o fato de terem prosseguido com os estudos e concluído seus cursos (de graduação e pós-graduação) como uma grande superação, tendo em conta as dificuldades de se conciliar a maternidade com a vida acadêmica, o cansaço físico envolvido no processo e as pressões para que não se prosseguisse com os estudos. A solidificação da relação do casal, entendida agora como a constituição de um núcleo familiar, também foi mencionada como uma das experiências de superação vividas no pós-parto.

4.6 Afinal, quando termina o pós-parto?

O puerpério para as entrevistadas

As respostas dadas à pergunta sobre a duração do período do pós-parto mostraram que cada mulher tem uma visão particular dessa experiência. Três das nove entrevistadas disseram não estar mais no puerpério, e a definição da duração do período variou bastante. A mãe que teve o pós-parto mais curto relatou que após 20 dias não se considerava mais no puerpério, pois já estava recuperada fisicamente da cirurgia cesariana. Uma outra entrevistada disse que sentiu que seu pós-parto durou os primeiros meses, quando ainda estava se adaptando à sua nova situação. Em suas palavras:

Para mim foram os primeiros meses, que foram de maior impacto de realidade, em todos os sentidos: físico, na cabeça, de futuro. Nos dois primeiros meses, quando ocorreram todas as mudanças, a amamentação era muito forte, as mudanças no corpo, a preocupação com o bebê, as mudançazinhas, foi esse primeiro momento, em que eu ainda estava fresca.

E por fim, a última das entrevistadas, que não se considerava mais no período, disse que o fim do puerpério chega quando a mulher decide pensar nela e agir se colocando como prioridade. *A mãe está sempre pondo os outros em primeiro lugar, inclusive economicamente. O pós-parto acabou quando passei a pensar em mim, mas agindo em função de mim, me priorizando.* Para ela, seu puerpério durou aproximadamente dois anos e meio.

As demais entrevistadas relataram que ainda se sentiam no pós-parto. Os filhos tinham idades que variavam de três meses a cinco anos. Em geral, quando perguntadas sobre a duração do pós-parto, quase todas riram e disseram não saber. *Quando eu descobrir, te ligo* ou *se você descobrir, me avisa* foram algumas das respostas. Daniela, cujo bebê estava com cinco meses quando concedeu a entrevista, dizia ainda se sentir no pós-parto.

Fisicamente sinto que as coisas não são as mesmas internamente. Mas principalmente psicologicamente, me sinto ainda totalmente no período pós-parto. Quando estou fora de casa, em ambientes públicos, ou quando estou com muita gente, com muito barulho, muitos estímulos, às vezes me sinto totalmente perdida, me sinto em outra dimensão. Está todo mundo falando e de repente me desconecto. Espero que não dure pra sempre.

Já Marisa diz estar de acordo com Laura Gutman (2010) e acredita que o puerpério dure cerca de dois anos. Ela define o período como *o momento em que o bebê ainda precisa muito da mãe*. Ela acha que por volta dos dois anos o bebê tem um *clique* e inicia uma outra fase, diferentemente de Vanessa, que contou que ainda se sente no pós-parto após 5 anos do nascimento de sua filha. Ela entende que diversas questões que surgiram no processo de se tornar mãe ainda não foram trabalhadas, *foram jogadas debaixo do tapete* e, por isso, sobre o puerpério, diz que *não sabe nem se termina*.

A partir dessas respostas é possível observar que, além do período de duração, os critérios sobre a própria definição do puerpério variam muito. O período pode ser definido pelos aspectos físicos experimentados pela mulher, em função dos sentimentos da mãe, ou ainda em função das necessidades do bebê. Vale apontar que nenhuma das entrevistadas associou o pós-parto com o período de “quarentena” ou “resguardo”, entendido pela área médica como o tempo necessário para que o útero da mulher retorne a um estágio não-gravídico.

A noção de puerpério nos relatos

É possível observar, a partir dos relatos de pós-parto, que existe uma noção do puerpério como um momento específico da vida da mulher, cuja duração não é precisa, assim como não era para as entrevistadas. Contudo, algumas características comuns aos relatos podem ser apontadas.

O principal ponto em comum encontrado nos relatos no tocante à caracterização do que seria o puerpério é que este é marcado pela **transição**. Isto é, é um período de mudança, de transformação da identidade da mulher, da adaptação à uma realidade diferente da esperada.

Quando a mulher consegue superar a transição e se adapta à nova realidade ela consegue olhar para a experiência do puerpério, mesmo que ainda se considere nesse período, e relatá-la, atribuindo-lhe sentido. É também um período que tem como característica a vivência de sentimentos antagônicos: alegria e tristeza, felicidade extrema e insegurança. Diferentemente das entrevistadas, que muitas vezes não vislumbravam o fim desse período, as autoras dos *relatos de puerpério* analisados já haviam transformado esse momento de suas vidas em “**uma experiência**”, sendo o próprio relato a expressão dessa experiência, nos termos propostos por Turner (1986).

Sob este ângulo, a questão sobre a duração do pós-parto perde a importância pois se percebe que esse período é vivido por cada mulher de forma única, o que não significa que não seja socialmente estruturado. Mas a transformação dessa experiência em “uma experiência”, objeto de reflexão e impregnada de significado será o elemento definidor das fronteiras do puerpério. A reflexão de uma das autoras dos relatos sobre esse tema parece confirmar essa ideia.

Sobre o nosso puerpério?
 Nós temos dias bons e ruins.
 Dias de certezas e dias de dúvidas. Minhas pernas andam cansadas e meu coração está cheio.
 Nunca achei que eu pudesse amar tanto.
 Nós ainda estamos ligados pelo cordão da amamentação e, não, a minha quarentena ainda não acabou. A nossa quarentena talvez dure dois anos ou mais.
 Ela vai durar quanto tempo eu e ela precisarmos.⁵⁵

Os diversos temas apresentados acima, com base no material etnográfico selecionado, mostraram-se como as principais questões que as mulheres estudadas enfrentam no pós-parto.

Pode-se dizer que o modelo das famílias das participantes segue o modelo das camadas médias urbanas, tendo o casal como núcleo, as crianças sob inteira responsabilidade dos pais e o contato com a família de origem esporádico, ou seja, não há um contato presencial diário, em geral. As tarefas domésticas ficam por conta do casal, que na maioria dos casos, conta com a ajuda de empregadas diaristas, sendo que, durante a licença maternidade, as tarefas domésticas ficam mais a cargo da mulher. A ajuda recebida da família tem um caráter ambíguo: é necessária, mas ao aceitá-la pode perder-se um pouco da autonomia sobre as decisões em relação à criação dos filhos. A figura da babá parece ter sido, ou estar sendo, substituída pela

⁵⁵ <http://vilamamifera.com/noquintal/relato-de-puerperio-por-flavia-riepenhoff/>. Acessado em 14 de abril de 2015

da escola em tempo integral, chamada de *escolinha*, e as famílias possuem um alto grau de dependência desta.

Observa-se também que a mulher sente-se em um padrão em que tem que dar conta de tudo: casa, trabalho, relacionamento com o marido e maternidade. Questões que em outros países são vistas como de responsabilidade do Estado, como o cuidado das crianças através do oferecimento universal de creches, por exemplo, são entendidas pela mulher das camadas médias como de responsabilidade exclusiva do casal, mas sobretudo da mulher. É visto como um problema familiar a ser solucionado, ainda que a solução esteja no espaço público. Não é pensada como uma questão social na qual caberia a atuação do Estado. No caso do Brasil, como a mulher é quem tem direito à licença maternidade, recai, quase que exclusivamente sobre ela, a responsabilidade dos cuidados nos primeiros meses do bebê. Quando volta ao trabalho, mesmo dividindo tarefas de cuidado com o marido, a sensação de ser a principal responsável continua. Não encontrei em nenhuma das fontes etnográficas consultadas o relato de um pai que não “tenha conseguido” voltar a trabalhar, pois este peso social da obrigação do cuidado prático é atribuído às mulheres.

Lidar com essas transformações, que também ocorrem no relacionamento com a família de origem e no relacionamento do casal, mais o cansaço físico extremo, faz com que esse período seja delicado e instável para a maioria das mulheres pesquisadas. No entanto, ele é transitório, permeado pelos sentimentos, de amor, prazer, conflitos ou ambiguidades, associados à maternidade. E quando se atinge a outra margem, entendida como uma situação de certa normalidade (única para cada mulher), as mulheres conseguem olhar para trás e significar o puerpério como um momento específico de suas vidas, um momento de transição pelo qual passaram ao se transformarem em mães.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos poderiam ter sido os caminhos escolhidos para se chegar ao objetivo a que este trabalho se propôs: compreender os significados atribuídos à maternidade à luz da experiência do pós-parto.

A escolha metodológica de se trabalhar com diferentes fontes, tomadas como diferentes formas de expressões das experiências das mulheres, possibilitou um olhar apurado e ao mesmo tempo diversificado sobre as questões da pesquisa. E penso que a definição do pós-parto como ponto de referência contribuiu para que temas com pouca visibilidade ganhassem mais evidência.

Os resultados da pesquisa etnográfica mostraram a relevância e o peso de algumas questões na experiência da maternidade a despeito de minhas suposições iniciais. Diversos temas foram levantados pelas mulheres participantes dessa pesquisa, no entanto, dois deles se revelaram primordiais na vivência atual da maternidade e ganharam destaque neste trabalho: o parto e a amamentação.

O parto se mostrou um tópico essencial para a compreensão da experiência da maternidade. No atual cenário brasileiro, em que as elevadas taxas de partos cirúrgicos, transformam o país no “campeão mundial de cesáreas”, o Movimento pela Humanização do Nascimento, que busca resgatar o parto normal, vem ganhando cada vez mais destaque e adeptos. Nas redes sociais, as discussões sobre o parto atingiram níveis elevados de antagonismo dividindo as mulheres em dois grupos: as mães que tiveram seus filhos por cesárea e as mães que tiveram parto normal. No entanto, quando observada mais de perto, essa polarização é amenizada. Ela revela outros tipos de divergências entre os dois grupos, como o sentido atribuído à dor e o modelo usado na construção das referências sobre o parto, mas também mostra semelhanças, como a afirmação da autonomia da mulher em relação às escolhas sobre seu parto.

Amamentação, tal como praticada atualmente, pode ser entendida como uma experiência sintetizadora da maternidade contemporânea, no sentido de que ela condensa elementos presentes na vivência da maternidade como um todo.

O aleitamento materno está associado ao padrão da boa mãe, sendo a boa mãe uma mulher capaz de grande dedicação aos filhos. A ciência se apresenta como a autoridade que define o parâmetro de uma boa prática de amamentação e não mais os costumes tradicionais e as orientações de mulheres de outras gerações, considerados muitas vezes como credices. A

orientação atual aponta a amamentação em livre demanda como a melhor opção para mãe e bebê, no entanto, a demanda considerada e atendida livremente é a do bebê e não a da mulher.

Ao mesmo tempo que se exalta os benefícios do aleitamento materno, há forte pressão da indústria de leites artificiais, por meio de diversas estratégias de mercado, e grande oferta de objetos como mamadeiras e chupetas que atrapalham e desestimulam o aleitamento materno. Soma-se a esse quadro as orientações de profissionais de saúde, muitas vezes ainda na maternidade, que levam a práticas que dificultam o estabelecimento da amamentação. No entanto, caso a mulher não consiga amamentar seu filho segundo as recomendações dos organismos de saúde, ela tende a visualizar a situação como um fracasso individual e não considerar todo o contexto que pode ter contribuído para essa situação.

Mesmo as mulheres que desejam muito amamentar podem sofrer adversidades na hora de estabelecer o aleitamento materno e se surpreender com as dificuldades do processo. A não convivência com mulheres que amamentam faz com que as puérperas pouco conheçam essa prática e não a vejam como um comportamento a ser aprendido. A descoberta do grau de disponibilidade exigido e o cansaço advindo do processo de aleitamento materno é outra surpresa decorrente da pouca convivência com mulheres que amamentam.

Em suma, a experiência da amamentação evidencia alguns dos padrões sociais atuais da maternidade como a influência da ciência na vida cotidiana que adquire status de verdade, as pressões do mercado para alterações de comportamentos de consumo, a ausência de contato social com outras mulheres com filhos pequenos (e com isso, poucas referências para aprendizagem da maternidade), e a compreensão de que certas situações ou sentimentos são exclusivamente de cunho individual e não coletivos.

A sensação de solidão experimentada durante o pós-parto foi um tema que também se mostrou relevante na vivência das mulheres pesquisadas. Essa sensação é, em parte, decorrente da ideologia individualista moderna que acentua a percepção de que não há mais um sentido coletivo na vivência da maternidade, uma vez que a tarefa de elaboração da experiência é apresentada como uma incumbência de ordem individual. Outro fator que contribuiria para essa sensação seria a expectativa social em relação às emoções esperadas/atribuídas ao puerpério. Sentir-se triste e angustiada em um momento em que se *deve* estar feliz gera um conflito subjetivo que faz com que as mulheres se sintam ainda mais solitárias.

O modelo da família, composto pelo casal e pelos filhos, com pouco contato diário com outros membros da família, também contribui para a experiência da maternidade ser mais isolada e menos compartilhada presencialmente. A responsabilidade pelas crianças é de

exclusividade dos pais, que delegam à escola de tempo integral o cuidado dos filhos durante os dias de semana.

Ao mesmo tempo que parece haver um retraimento das mulheres nesse momento, observa-se também uma expansão quando estão se comunicando nas redes sociais. O maior isolamento social é compensado com maior participação *online*. Nesse universo, as mulheres conseguem entrar em contato com outras em situações semelhantes e perceber que não estão sozinhas. Descobrem que podem se sentir tristes e felizes ao mesmo tempo e que o puerpério é uma fase que dura bem mais que os quarenta dias indicados pelo obstetra.

Esse contato com seus pares ajuda as mulheres a refletirem sobre sua vivência de transição para a maternidade e a transformá-la em “uma experiência”, que através de um meio de expressão será comunicada, socializada. E servirá como elemento para que outras mulheres elaborem sua experiência de maternidade, já que não há forma de expressão, comunicação ou elaboração de sentido que não seja ao mesmo tempo individual e coletiva.

Gostaria de ressaltar que a compreensão obtida sobre as questões dessa pesquisa foi enriquecida pelo fato de haver trabalhado com diferentes fontes. Cada uma delas forneceu uma face para compor o prisma que conforma as experiências maternas. As comunidades na *internet* exibiram as questões ligadas à maternidade mais discutidas publicamente e repercutiam fatos da atualidade ainda no calor do momento. Os relatos mostraram uma narrativa estruturada, na qual o puerpério foi apresentado como um caminho que se percorre tendo como desfecho à superação pessoal, a transformação da mulher. Já o contato direto e o diálogo estabelecido com as entrevistadas permitiram-me um entendimento mais profundo sobre as questões cotidianas e sobre as sutilezas da experiência do puerpério.

Muitas questões ficam ainda incompletas ou em aberto e merecem o aprofundamento em estudos futuros, como o papel central adquirido pela amamentação no contexto da maternidade, a presença da ciência no cotidiano das decisões maternas, a relação entre certas formas de criação dos filhos e a espiritualidade, as transformações nas relações de parentalidade e o puerpério em outros estratos sociais.

Espero, com esta pesquisa, gerar uma pequena contribuição para a ampliação da visibilidade do puerpério tal como é vivido hoje pelas mulheres, como um momento de transição cujas vivências marcam profundamente os sentidos atribuídos à experiência da maternidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Maria Isabel M. *Maternidade: um destino inevitável?* Rio de Janeiro, Campus, 1987.
- ARIÈS, Phillipe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC, 2006 (1973).
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado – o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985 (1980).
- _____, Elisabeth. *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar*, 2015.
- BRAH, Avta. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*, n.26, 2006.
- BRUNER, Edward & Turner, Victor (org.). *The Anthropology of Experience*. University of Illinois Press, 1986.
- BOSI, M.L.M e MACHADO, M.T. Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP*, v.n1., 2005.
- CARNEIRO, Rosmaria Giatti. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia das práticas femininas de parto humanizado*. Tese (Doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas: Campinas, 2011.
- COELHO, Maria Cláudia e REZENDE, Claudia Barcellos. *Antropologia das Emoções*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2010.
- CORREA, Mariza. A babá de Freud e outras babás. *Cadernos Pagu*, n.29, pp. 61-90, 2007.
- DINIZ, Carmem Simone Grilo. Humanização da Assistência ao Parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciencia e Saúde Coletiva*, v. 10, n.3. pp. 627-637, 2005.
- DAS, Veena. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. *Cadernos Pagu*, n, 37, pp.9-41, 2011.
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2014, vol.30, suppl.1, pp. S101-S116.
- DUARTE, L.F.D e GOMES, E.C. *Três Famílias: Identidades e Trajetórias Transgeracionais nas Classes Populares*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.
- DUMONT, Louis. *O Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- ELIAS, Norbert. A civilização dos pais. *Soc. estado. [online]*. 2012, vol.27, n.3, pp. 469-493.

FASSIN, Didier. *When Bodies Remember: Experiences and Politics of AIDS in South Africa*. University of California Press, 2007.

FREIRE, Maria Martha de Luna. Ser mãe é uma ciência: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.153-171, jun. 2008.

FONSECA, Claudia. *Caminhos da Adoção*. São Paulo Ed. Cortez. 2006 (1995).

GIDDENS, Anthony. *A transformação da intimidade : sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Unesp, 1993.

GUTMAN, Laura. *A maternidade e o encontro com a própria sombra*. 1ª. Ed. São Paulo: Editora Best Seller. 2010.

HEILBORN, Maria Luiza. *Dois é par. Gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2004.

HIRSCH, O.N. *O “parto natural” e “humanizado”: um estudo comparativo entre mulheres de camadas populares e médias no Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. Dados do censo 2010. disponível no site <http://www.ibge.gov.br/censo>, acesso em janeiro de 2014.

KNIBIELHER, Y. *Histoire des mères et de la maternité en occident*. Paris. PUF, 2000.

LE BRETON, David. *Antropologia da Dor*. São Paulo, FAP-UNIFESP, 2013.

LEAL, Maria do Carmo e GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2014, vol.30, suppl.1, pp. S5-S5. ISSN 0102-311X.

LEVI-STRAUSS, Claude. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003

LUNA, Naara. *Provetas e Clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2007.

MAGNANI, J. G. C. Discurso e representação ou De como os baloma de Kiriwana podem reencarnar-se nas atuais pesquisas. In: CARDOSO, R (org.) *A Aventura Antropológica: teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1986.

_____, J. G.C. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Rev. bras. Ci. Soc. [online]*. 2002, vol.17, n.49, pp. 11-29. ISSN 1806-9053.

MARTINS, Ana Paula Vosne. Vamos criar seu filho: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, v.15, n.1, pp. 135-154, 2008.

MAUSS, Marcel. “A expressão obrigatória dos sentimentos”. In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso (org.). *Mauss. Antropologia*. São Paulo: Ática, 1979.

_____, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003 (1950).

OATES, Margaret R. et al. Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study. *BJP*. 03-332. February, 2004

PULHEZ, M.M. *Mulheres Mamíferas: práticas de maternidade ativa*. Dissertação (mestrado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas: Campinas, 2015.

REZENDE, Claudia Barcellos. Um estado emotivo: representação da gravidez na mídia. *Cadernos Pagu*, v.35, pp. 315-344, 2011.

_____, Claudia Barcellos. Emoção, corpo e moral em grupos de gestante. *RBSE - Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v.11, n.33, pp. 830-849, 2012.

_____, Claudia Barcellos. Narrativas da gravidez entre gestantes do Rio de Janeiro. Comunicação apresentada no *GT Partos e/ou maternidades e políticas do corpo: perspectivas antropológicas e expansão de fronteiras*. 29ª Reunião Brasileira de Antropologia, Natal, 2014.

REZENDE, J. de.; MONTENEGRO, C.A.B. *Obstetrícia fundamental*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2005.

RODHEN, Fabiola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, v.15, suplemento, pp. 133-155, 2008.

SALEM, Tânia. *O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. São Paulo: Ed. FGV, 2007.

SARTI, Cynthia Andersen. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. 7ª. Ed. São Paulo. Cortez, 2011.

SCAVONE, Lúcilá. 2001a. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos Pagu*, n.16.

_____, Lúcilá. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface*, v. 5, n.8, 2001b.

SCOTT, Joan Wallach. A Invisibilidade da Experiência. *Proj. História*, n.16, pp. 297-325, 1998.

STERN, G., & KRUCKMAN, L. Multidisciplinary perspectives on postpartum depression: An anthropological critique. *Social Science and Medicine*, 17, 1027- 1041, 1983.

STRATHERN, Marylin. Necessidade de Pais, Necessidade de Mães. *Revista Estudos Feministas*, v. 3, n. 2, 1995.

TORNQUIST, C. S. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TURNER, Victor. *O Processo Ritual: Estrutura e Anti-Estrutura*. Petrópolis, R.J.: Vozes. 1974 (1969).

_____, Victor. Dewey, Dilthey e Drama: um ensaio em Antropologia da Experiência. *Cadernos de Campo*, n. 13, pp. 177-185, 2005.

TURKLE, Sherry. *Together Alone: why we expect more from technology and less from each other*. New York. Basic Books, 2011.

VELHO, G.(org.). *Gerações, Família, Sexualidade*. Rio de Janeiro, 7 Letras: 2009.

APÊNDICE

Roteiro para entrevista qualitativa

Nome:

Idade:

Formação: Ocupação/Emprego:

Bairro: Faixa de renda:

Gravidez

1. Em que momento da sua vida chegou a gravidez?
2. A gravidez foi desejada/planejada ou aconteceu? Foi o 1º filho, 2º filho?
3. Que tipo de atendimento médico você teve durante a gravidez? Era parte de um plano de saúde particular? Como escolheu esse atendimento?
4. Alguém acompanhava nas consultas?
5. Você recorria a alguém para tirar suas dúvidas ou conversar sobre a gravidez?
6. Qual a fonte de informação utilizada que você julgava mais confiável?
7. Como foi o processo de escolha do parto?
8. Alguém ou algo teve um impacto decisivo nessa escolha?
9. Você teve o parto que desejou?
10. Como foi o parto? Alguém esteve com você nesse momento?

Pós-parto

11. Como foram os primeiros dias após o nascimento do bebê? (Se obteve ajuda, se recebeu visitas, se eram incômodas, etc.)
12. Você fez algum planejamento/arranjo especial para esse período (emendou férias com licença, mãe tirou férias, marido tirou férias)?
13. Como é seu dia a dia nos cuidados com o bebê? Quem são as pessoas que cuidam dele diretamente? Há divisão de tarefas com pai ou outra pessoa?
14. Como são divididas as demais tarefas de casa? (Quem mora na casa)
15. Você acha que o bebê dorme bem? Você teve algum aprendizado em relação ao sono do bebê? De onde veio?
16. Você optou por estabelecer alguma rotina, método ou seguiu orientação de alguém?
17. Em que medida o nascimento mudou sua rotina cotidiana? Você sai?
18. Tinha alguma atividade de lazer? E agora, você tem? Só você, com o bebê ou com o pai também?
19. Você a amamentou? Quanto tempo? Queria amamentar?

20. Como foi o início da amamentação? Recebeu alguma orientação? De quem?

21. Quais eram as fontes (de informação) mais confiáveis para você em relação à amamentação? Você teve pessoas que lhe serviram de referência? Ou foi sobretudo uma orientação profissional?

22. De um modo geral, como foi amamentar para você? (Difícil, fácil, uma prisão, etc).

23. Como foi o processo de desmame (caso já tenha ocorrido)?

24. Você obteve algum tipo de orientação/apoio para o processo de desmame?

25. E em relação à introdução alimentar, quais foram as suas principais referências?

26. Qual foi sua maior surpresa/situação inesperada/descoberta sobre o período pós-parto?

Relação com a família de origem

27. Como é a relação com a família de origem? (Evitação, contato, ajuda)

28. Depois do nascimento, algo mudou?

29. Como você encara as “sugestões” dadas pelos membros da família?

30. O que você esperaria dos avós? Como é na realidade?

31. Hoje você sendo mãe, como você vê a sua mãe?

Grupos de apoio

32. Você buscou alguma ajuda fora de seu círculo familiar?

33. Se sim. Que tipo de ajuda/apoio/serviço?

34. Como eram os encontros, frequência, etc (descrição livre)

Casal

35. É possível descrever o impacto da chegada do bebê no relacionamento do casal?

36. A realidade é muito diferente do imaginado na gestação? Em que pontos? E quais as surpresas que impactaram a relação do casal?

37. Quais são as principais expectativas não atendidas?

Trabalho

38. Como foi a volta ao trabalho (se houve)?

Final

39. De todo esse período, você destacaria algum momento de superação?

40. Qual a maior dificuldade de toda essa experiência da transição para maternidade?

41. Quando acaba/quanto dura o pós-parto na sua opinião?

ANEXO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



São Paulo, 30 de junho de 2015
CEP N 7467300415

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a): Marta Pereira Militão Da Silva
Depto/Disc: Ppgcs
Cynthia Sarfi (orientador)

Título do projeto: "MULHERES URBANAS E O PÓS-PARTO: (RE) CONFIGURAÇÕES DE REDES DE APOIO".

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa UNIFESP/HSP

Este projeto tem como objetivo principal compreender como a mulher que se torna mãe constrói a cadeia de apoios que a auxiliam no período de transição para a maternidade, em relação ao cuidado de si e das crianças. Parte-se do pressuposto de que a maternidade é uma construção social que está intimamente ligada à experiência de classe, gênero e etnia e, portanto, ao identificar as concepções de maternidade devemos relacioná-las ao contexto social mais amplo das condições das mulheres na sociedade. A pesquisa se valerá dos estudos antropológicos de gênero, que visam compreender a construção social das relações entre os sexos, e dos estudos antropológicos de família e parentesco, para compreender as transformações pelas quais estão passando os padrões de maternidade e os modelos familiares na sociedade brasileira.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo, na reunião de 18/05/2015, **ANALISOU e APROVOU** o protocolo de estudo acima referenciado. A partir desta data, é dever do pesquisador:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do protocolo.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do protocolo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
4. **Relatórios parciais** de andamento deverão ser enviados **anualmente** ao CEP até a conclusão do protocolo.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo