

# **NASCER NÃO É IGUAL PARA TODAS AS PESSOAS**

**Ana Cecília Bastos &  
Vívian Volkmer Pontes**  
Editoras





**NASCER  
NÃO É IGUAL  
PARA TODAS  
AS PESSOAS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

REITOR

João Carlos Salles Pires da Silva

VICE-REITOR

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

ASSESSOR DO REITOR

Paulo Costa Lima



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

DIRETORA

Flávia Goulart Mota Garcia Rosa

CONSELHO EDITORIAL

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Maria do Carmo Soares de Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo



# NASCER NÃO É IGUAL PARA TODAS AS PESSOAS

Ana Cecília Bastos &  
Vívian Volkmer Pontes  
Editoras

Salvador  
Edufba  
2020

2020, Autores.  
Direitos para esta edição cedidos à EDUFBA.  
Feito o depósito legal.

*Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.*

PROJETO GRÁFICO  
Gabriela Nascimento

ILUSTRAÇÃO  
GarryKillian/FreePik

REVISÃO  
Eduardo Ross

NORMALIZAÇÃO  
Equipe da Edufba

Sistema Universitário de Bibliotecas – SIBI/UFBA

---

Nascer não é igual para todas as pessoas / Ana Cecília de Sousa Bastos, Vivian Volkmer  
Pontes (editoras). - Salvador : EDUFBA, 2020.  
503 p.

ISBN: 978-85-232-2049-5

1. Maternidade – Aspectos psicológicos. 2. Grávidas – Condições sociais. 3. Gravidez.  
4. Nascimento. I. Bastos, Ana Cecília de Sousa. II. Pontes, Vivian Volkmer. III. Título.

CDD – 155.6463

---

Elaborada por Jamilli Quaresma CRB-5: BA-001608/O

Editora filiada à:



EDUFBA  
Rua Barão de Jeremoabo, s/n – Campus de Ondina  
Salvador – Bahia CEP 40170-115 Tel: +55 (71) 3283-6164  
www.edufba.ufba.br  
edufba@ufba.br

## SUMÁRIO

### *Apresentação*

DAS DORES E ALEGRIAS DO PARTO: O PERCURSO DESTA LIVRO ... 11

Ana Cecília de Sousa Bastos

Vívian Volkmer Pontes

### *Prefácio*

A INSUSTENTÁVEL BELEZA DA MATERNIDADE ... 17

Jaan Valsiner

O NASCER À LUZ DA PSICOLOGIA CULTURAL SEMIÓTICA ... 21

Vívian Volkmer Pontes

Elsa de Mattos

Ana Cecília de Sousa Bastos

## **Parte I • A MÚLTIPLA E DIVERSA REALIDADE DO PARTO**

ANOTAÇÕES INTRODUTÓRIAS À PARTE I ... 37

Ana Cecília de Sousa Bastos

Vívian Volkmer Pontes

### *Capítulo 1*

NASCE UMA MÃE: UMA VISÃO SEMIÓTICA E SISTÊMICA SOBRE  
A TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE ... 39

Ana Patrícia Vargas Borges

### *Capítulo 2*

MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA DA GRAVIDEZ E DO PARTO  
EM MULHERES BRASILEIRAS DE DIFERENTES GERAÇÕES ... 59

Ana Cecília de Sousa Bastos

Luiz Fernando Calaça de Sá Júnior

Julianin Araujo Santos

Paulo Maciel Machado

### *Capítulo 3*

A DOR DO PARTO: POSICIONAMENTOS E SIGNIFICADOS ... 79

Viviane Mutti

### *Capítulo 4*

PROTAGONISMO FEMININO NO PROCESSO DE ESCOLHA DA VIA DE PARTO ... 91

Marianna Medrado de Oliveira Mendes

*Capítulo 5*

TORNAR-SE MÃE DE UM BEBÊ PREMATURO: OSCILAÇÕES ORIUNDAS DA  
PREMATURIDADE E AS DINÂMICAS AFETIVO-SEMIÓTICAS ASSOCIADAS  
A ESTA EXPERIÊNCIA ... 111

Isadora Sebadelhe  
Márcio Santana da Silva

*Capítulo 6*

A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO: O QUE SE DESEJA  
É NASCER DIFERENTE, APESAR DE TUDO! ... 131

Anamélia Lins e Silva Franco

*Comentário*

NASCER NÃO DEVERIA SER IGUAL PARA TODAS AS PESSOAS? ... 141

Ana Urpia

*Comentário*

PARIR NÃO É IGUAL PARA TODAS AS PESSOAS: CONSIDERAÇÕES  
EM TORNO DO PROCESSO DE RITUALIZAÇÃO DO PARTO ... 149

Delma Barros Filho

*Comentário*

TORNAR-SE MÃE DE UM BEBÊ PREMATURO: RESSIGNIFICANDO A TRANSIÇÃO  
PARA A MATERNIDADE ... 155

Aila Nunes  
Virgínia Dazzani

**Parte II • A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE EM DIFERENTES  
TEMPORALIDADES E CONTEXTOS SOCIOCULTURAIS**

ANOTAÇÕES INTRODUTÓRIAS À PARTE II ... 163

Ana Cecília de Sousa Bastos  
Vívian Volkmer Pontes

*Capítulo 7*

A IN/FORMA/TA/ÇÃO DA EXPERIÊNCIA E SIGNIFICADO DE SER/MÃE ... 165

Elaine Pedreira Rabinovich

*Capítulo 8*

MÃES BRASILEIRAS E FILHOS NASCIDOS NA ITÁLIA: DUAS REALIDADES QUE SE  
ENCONTRAM ... 179

Zilma Lucia Silveira Velame  
Camila Lisboa

*Capítulo 9*

SER MÃE E MIGRANTE: AS VÁRIAS FACES DA MATERNIDADE EM CONTEXTO  
ESTRANGEIRO ... 199

Roberta Takei

*Capítulo 10*

VIVÊNCIAS DA MATERNIDADE PARA MULHERES DO SUBÚRBIO DE SALVADOR ... 217

Lílian Perdigão Caixêta Reis

*Capítulo 11*

ADOLESCENTE, MÃE E VIÚVA: ESTUDO DE CASO COM MULHERES DE UM BAIRRO  
POPULAR DE SALVADOR ... 233

Alessandra Daltro Santana

José Eduardo Ferreira Santos

*Capítulo 12*

MÃES DE JOVENS EM CONFLITO COM A LEI: SIGNIFICAÇÕES DE MATERNIDADE  
E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ... 251

Marilena Ristum

Agnaldo Júnior Santana Lima

Andréa Sandoval Padovani

*Comentário*

AS POSSIBILIDADES DE PROTAGONISMO FEMININO FRENTE AOS SEUS  
PERCURSOS MIGRATÓRIOS ... 269

Brena Carvalho

*Comentário*

ENTRE O LUTO E O SOL NASCENTE: UM ENXOVAL DE VOZES CULTURAIS ... 277

Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima

**Parte III • A MATERNIDADE COMO EVENTO NÃO NORMATIVO**

ANOTAÇÕES INTRODUTÓRIAS À PARTE III ... 285

Ana Cecília de Sousa Bastos

Vívian Volkmer Pontes

*Capítulo 13*

SELVES RECLUSOS: PROCESSOS DIALÓGICOS NA CONSTRUÇÃO DE SIGNIFICADOS  
DA MATERNIDADE POR MÃES DE AUTISTAS ... 287

Márcio Santana da Silva

*Capítulo 14*

A MORTE NO LUGAR DA VIDA: A PERSISTENTE BUSCA PELA MATERNIDADE POR MULHERES COM TRAJETÓRIAS MARCADAS POR PERDAS GESTACIONAIS RECORRENTES ... 305

Vívian Volkmer Pontes

*Capítulo 15*

UM CORPO QUE ABRIGA UMA VIDA E UM VÍRUS: O SIGNIFICADO DA MATERNIDADE PARA MÃES SOROPOSITIVAS PARA HIV ... 323

Renata Moreira da Silva

*Capítulo 16*

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: QUANDO A ASSISTÊNCIA DESUMANIZADORA DEIXA MARCAS ALÉM DO CORPO ... 335

Patrícia Brito R. de Oliveira  
Márcio Santana da Silva

*Capítulo 17*

DIALOGICIDADE DO *SELFE* E MOMENTOS INOVATIVOS NO PROCESSO DE SIGNIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOFRIDA POR USUÁRIA DA REDE PRIVADA DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO ... 351

Isa Patrícia Barbosa Cardoso

*Capítulo 18*

DISCRIMINAÇÃO INTERSECCIONAL: RACISMO INSTITUCIONAL E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ... 367

Emanuelle F. Góes

*Comentário*

ENQUANTO NASCER NÃO FOR IGUAL PARA TODOS, A LUTA VAI CONTINUAR ... 381

Florita Cuhanga António Telo

*Comentário*

O PROCESSO DO LUTO NA MATERNIDADE VIVENCIADA COMO UM EVENTO NÃO NORMATIVO ... 391

Ana Clara Bastos

**Parte IV • PARA ALÉM DO NASCER: QUESTÕES**

ANOTAÇÕES INTRODUTÓRIAS À PARTE IV ... 399

Ana Cecília de Sousa Bastos  
Vívian Volkmer Pontes

*Capítulo 19*

NÃO MATERNIDADE VOLUNTÁRIA: A DINÂMICA DO *SELF* EM CIRCUNSTÂNCIAS  
NÃO NORMATIVAS ... 401

Sara Santos Chaves

*Capítulo 20*

O NASCIMENTO DE BEBÊ INTERSEXO E AS METÁFORAS SOCIOMÉDICAS SOBRE  
CORPO, SEXO E GÊNERO ... 415

Ana Karina Canguçu-Campinho

Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima

*Capítulo 21*

A PROTEÇÃO JURÍDICA AO LUTO MATERNO ... 433

Larissa Oliveira Navarro

*Capítulo 22*

PATERNIDADE APÓS A SEPARAÇÃO CONJUGAL: O PAI QUE NASCE E RENASCE ... 453

Paulo Maciel Machado

*Capítulo 23*

(RE)NASCER NÃO É IGUAL PARA TODOS: CATALISAÇÃO E AUTORREGULAÇÃO NO  
DESENVOLVIMENTO DO *SELF* ... 475

Elsa de Mattos

*Comentário*

CADA MELODIA EM SEU TEMPO ... 493

Lia da Rocha Lordelo

*Comentário*

GRAVIDEZ E PARTO NA PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA CULTURAL:  
LIMINARIDADE E RITUAIS ... 499

Giuseppina Marsico



## *Apresentação*

### DAS DORES E ALEGRIAS DO PARTO: O PERCURSO DESTA LIVRO

Ana Cecília de Sousa Bastos  
Vívian Volkmer Pontes

Este livro reúne estudos realizados por um mesmo grupo de pesquisa<sup>1</sup> ao longo de 15 anos, em torno da mais universal e partilhada das realidades humanas: o nascer. De certa forma mimetizando o fenômeno ao qual se dedica, também o texto se desdobra no tempo, compreendendo diferentes ritmos, atores e dimensões e uma pulsação própria – contração, expansão, continuidades e descontinuidades, emergência e finitude, transformação.

Nascer não é igual para todos, quer se considere as condições pessoais e sociais da gestação e do parto; quer se olhe para os novos sujeitos e as novas vidas que ali se inauguram – em particular quando se trata da mãe e do pai; quer se tome como foco de análise os signos, significados e práticas que emergem ao longo do processo e incidem sobre o modo como a experiência é subjetivamente vivida. Aqui, o nascimento de uma criança é considerado sob a perspectiva de quem vivenciou sua gestação, o parto e o tornar-se mãe. O lugar do pai é também visto em um dos capítulos, e constituiu-se em um tópico importante do projeto como um todo (BASTOS et al., 2012), mas o foco principal é sobre a maternidade, ao ponto de a experiência da mãe deslocar-se desse momento inicial para envolver o seu próprio desdobrar-se no tempo – que passou a ser incluído como objeto de estudo.

Assim como o bebê humano é capaz, em grande medida, de ditar o ritmo do próprio desenvolvimento, também o objeto de estudo aqui considerado trouxe suas exigências e impôs direcionamentos ao percurso seguido pelo grupo de pesquisa “Contextos e Trajetórias de Desenvolvimento”,<sup>2</sup> que passou a ser referido

---

1 A única exceção é o capítulo de Emanuelle Góes, que foi especialmente convidada para participar devido à relevância do tema por ela abordado.

2 O grupo contou com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (auxílio à pesquisa e bolsa-produtividade, bolsas de mestrado e de doutorado) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) (bolsas de mestrado e doutorado). Ele foi coordenado pela Profa. Dra. Ana Cecília de Sousa Bastos, sediado inicialmente na Universidade Federal da Bahia (UFBA), envolvendo dois Programas de Pós-Graduação (Psicologia e Saúde Coletiva), incluindo, nos anos mais recentes, a participação de docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Família e Sociedade Contemporânea, da Universidade Católica de Salvador (UCSal).

informalmente como “os maternos”, tal a força literalmente prenante do tema sob análise.

Um desses direcionamentos consistiu no caráter interdisciplinar que informou os estudos e reflexões como exigência de compreensão de um objeto reconhecidamente transdisciplinar, embora conceitualmente fundamentados na psicologia cultural de matriz semiótica (perspectiva a ser brevemente apresentada no Capítulo 1 deste volume).

Inicialmente pensado como um estudo intercultural sobre o parto no Brasil e nos Estados Unidos, a partir da proposta realizada no início dos anos 2000 pelos professores Jaan Valsiner e Roger Bibace, então docentes na Clark University (Worcester, Massachussets) – interessados nas implicações teóricas e práticas de dados que indicavam ser o Brasil, àquela época, o país com mais alta taxa de partos cesáreos –, o projeto passou, em seus desdobramentos posteriores, a contemplar o processo de construção cultural da maternidade, os signos, significados e práticas que o informam, dentro de realidades sócio-históricas e culturais singulares, tomando gravidez e parto como eventos marcadores – normativos ou não – do que denominamos “transição desenvolvimental” (no caso, o tornar-se mãe, tornar-se pai). Importante destacar aqui um outro direcionamento: a pesquisa envolveu uma perspectiva transgeracional, uma vez que seu desenho, em muitos dos casos, privilegiou a escuta, dentro de um *setting* conversacional, de mulheres de diferentes gerações e de uma mesma família, sobre gravidez e parto.

Tal processo, a partir de questões específicas formuladas pelos integrantes do grupo ao longo dos anos, passou a incorporar uma diversidade realmente extraordinária de experiências e contextos do nascer e – por extensão – da maternidade no Brasil, através das narrativas de suas protagonistas, oriundas de diferentes gerações e classes sociais, o que marca, obviamente, o acesso a diferentes condições de assistência do ponto de vista da saúde e do desenvolvimento, e diferentes condições de garantia de direitos humanos e direitos reprodutivos. É possível dizer, sem incorrer em exageros, que muito do que é a experiência vivida, cultural e historicamente situada, por mulheres de diferentes classes sociais e gerações diversas está aqui contemplada. De forma necessariamente parcial e aproximada, construímos um mosaico abrangente documentando a experiência subjetiva da gravidez, do parto e da maternidade em construção, do ponto de vista das narrativas das participantes, sempre situadas em contexto sócio-histórico e cultural. Ao longo do percurso, cerca de 200 mulheres foram entrevistadas em profundidade, sendo a análise construída caso a caso.<sup>3</sup>

3 O grupo de pesquisa gerou, além de artigos e relatórios técnicos, 21 dissertações de mestrado (17 na UFBA e 4 na UCSal) e 5 teses de doutorado (UFBA), sob minha orientação.

Este livro interessa ao leitor que lida com o nascer e com as questões afetas à maternidade e à paternidade. Interessa a quem pesquisa e a quem atua na atenção à saúde, no cuidado de famílias, a quem pensa a questão da mulher, cuja voz fala mais alto ao longo dos estudos. Propositadamente, privilegiamos mostrar essa voz, essas vozes – diversas e também convergentes, quando sinalizam que a atenção e o cuidado à gravidez, ao parto e ao próprio exercício da maternidade são condições por serem ainda conquistadas e defendidas para todas as pessoas. Nesse sentido, a dimensão fenomênica, neste livro em particular, de certa forma, sobrepuja as contribuições teórico-conceituais geradas pelo grupo de pesquisa e já publicadas sob a forma de capítulos em livros – um deles totalmente dedicado aos estudos do grupo<sup>4</sup> –, além de artigos, dissertações e teses. Dentre os mais relevantes, vale referir Bastos, Uriko e Valsiner (2011); Chaves e Bastos (2013); Cabell e demais autores (2015); Bastos (2015a, 2015b, 2017); Pontes e Bastos (2015, 2017).

Privilegiar a perspectiva das mulheres sobre suas experiências nos mais diversos contextos de atenção à saúde é lançar luz sobre pessoas e situações tantas vezes invisibilizadas. Ao longo deste volume, os estudos consistentemente se debruçam, por vezes, sobre a emergência de seu protagonismo; em outras, sobre a negação deste – mantendo-se, sempre, a centralidade dessa questão. Não é à toa que, em muitos momentos, as narrativas das mulheres assumem um forte tom de crítica quanto à precariedade da infraestrutura das unidades de saúde e, sobretudo, à relação inter-subjetiva estabelecida com os/as médicos/as e demais profissionais.

Sem qualquer intenção de invalidar ou minimizar as graves denúncias presentes nesses relatos, é preciso reconhecer que as críticas não são dirigidas a todos os profissionais que compõem a rede de assistência à saúde; há registros de profissionais que se conduziram dentro dos melhores padrões técnicos, éticos, humanitários. Do mesmo modo, é preciso considerar as precárias condições de trabalho às quais muitos desses profissionais estão submetidos/as e que podem se refletir sobre sua própria saúde e qualidade de vida, com impacto sobre as condições de atendimento. Outros aspectos, tais como a formação profissional distante da real necessidade das usuárias do sistema de saúde, também se revelam importantes para uma reflexão mais aprofundada da questão; entretanto, ultrapassam o escopo deste livro.

Quisemos olhar para a experiência do parto e seus desdobramentos como realidade vivida, emergindo em seu drama e em seus contrastes do que há de mais cotidiano da experiência humana. Quisemos compreender a emergência de signos e significados e das práticas por eles reguladas dentro da particular semiosfera na qual se inscreve a condição de ser mulher e mãe. No texto “O nascer à luz da

4 Ver Cabell e demais autores (2015), incluindo capítulos de quase todos os autores que integram a presente coletânea.

Psicologia Cultural Semiótica”, de Vívian Volkmer Pontes, Elsa de Mattos e Ana Cecília de Sousa Bastos, trazemos uma síntese dos principais fundamentos teóricos que orientaram a pesquisa, comuns à grande maioria dos capítulos.

Em sua organização e estrutura, o livro mantém a coerência com a prática dialógica que tem sido uma constante ao longo da trajetória do grupo – desde o cotidiano da elaboração, discussão e apresentação dos projetos de pesquisa à interação com parceiros muito especiais dentro e fora do país, dentre os quais o mais constante e de longe o mais inspirador é o professor Jaan Valsiner, que prefacia este livro, de seu lugar que se aproxima do de um parceiro atento, perspicaz, sábio.

Concebemos o livro em quatro seções temáticas, cada uma das quais – devidamente antecedidas por anotações introdutórias pontuais que apresentam os capítulos – é alvo de capítulos-comentários feitos por pesquisadoras convidadas. Tais comentários, além de romper com a tendência endógena, quase monográfica, do livro, representam a abertura para outras perspectivas e questões, contemplando ainda uma função avaliativa.

O nascer, por definição, é um campo em aberto; é quando tudo começa, é quando possibilidades se desenham para serem promovidas ou tolhidas ao longo da aventura do viver.

É muito bom que, à guisa de conclusões, tenhamos, em cada seção, capítulos-comentários que ampliam o horizonte dos estudos e das discussões aqui apresentadas. Ampliar os horizontes do nascer: este é o espírito com que entregamos ao público o presente volume.

## REFERÊNCIAS

BASTOS, A. C. S. Shadow trajectories: The poetic motion of motherhood meanings through the lens of lived temporality. *Culture & Psychology*, London, v. 23, n. 3, p. 408-422, 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1354067X16655458>. Acesso em: 19 jul. 2019.

BASTOS, A. C. S. O singular e o plural da maternidade no Brasil: lições de uma trajetória de pesquisa e um estudo de caso. In: BASTOS, A. C. S. et al. (org.). *Família no Brasil: recurso para a pessoa e a sociedade*. Curitiba: Juruá, 2015a. p. 371-393. (Coleção Família e Interdisciplinaridade).

BASTOS, A. C. S. TEM Model and Brazilian Research on Developmental Transitions. In: YASUDA, Y. et al. (org.). *World-Map TEA: Theory on TEA*. Tóquio: Shin-yo-sha, 2015b. p. 106-120.

BASTOS, A. C. S. et al. Fathering in Brazil: A Diverse and Unknown Reality. In: SHWALB, D. W.; SHWALB, B. J.; LAMB, M. E. R. (ed.). *Fathers in Cultural Context*. London: Routledge, 2012. p. 228-249.

BASTOS, A. C. S.; URIKO, K.; VALSINER, J. (org.). *Cultural Dynamics of Women's Lives*. Charlotte: Information Age Publishing, 2011.

CABELL, K. R. *et al.* (ed.). *Making Meaning, Making Motherhood*. Charlotte: Information Age Publishing, 2015. (Annals of Cultural Psychology, v. 1).

CHAVES, S. S.; BASTOS, A. C. S. Motherhood across three generations of Brazilian mothers: what has changed? *Journal of Integrated Social Sciences*, [Thousand Oaks], v. 3, n. 1, p. 67-84, 2013. Disponível em: [http://www.jiss.org/documents/volume\\_3/issue\\_1/JISS%202013%203\(1\)%2067-84%20Motherhood.pdf](http://www.jiss.org/documents/volume_3/issue_1/JISS%202013%203(1)%2067-84%20Motherhood.pdf). Acesso em: 19 jul. 2019.

PONTES, V. V.; BASTOS, A. C. S. Doctor temporality: Culture in the Flow of Human Experience Patient Relationship in Face of Grief/Mourning: The Case of Gestational Losses. *In*: FREDA, M. F.; PICIONE, R. de L. (ed.). *Healthcare and Culture: Subjectivity in Medical Contexts*. Charlotte: Information Age Publishing, 2017. p. 271-295.

PONTES, V. V.; BASTOS, A. C. S. Unaccomplished Trajectories: Shadows From the past in the Present and Future. *In*: SIMÃO, L. M.; GUIMARÃES, D. S.; VALSINER, J. (ed.). *Temporality: Culture in the Flow of Human Experience*. Charlotte: Information Age Publishing, 2015. p. 57-92.



## *Prefácio*

### A INSUSTENTÁVEL BELEZA DA MATERNIDADE

Jaan Valsiner

O nascimento é o centro absoluto de todas as formas humanas de ser. Em meio a suas tensões e dores, aí é que o futuro começa lindamente: o futuro, este curso de vida pessoal que, durante toda a existência, será preenchido com todos os tipos de desafios e prazeres. Tanto a criança recém-nascida quanto a nova mãe entram imediatamente em um diálogo consigo mesmas, entre si e com todos os outros ao seu redor. O parto nunca é um evento socialmente neutro, nem o são aqueles que nele estão envolvidos.

As crianças são o valor universal que é compartilhado por pessoas de todas as sociedades do mundo – e, em paralelo, o papel social correspondente das mulheres como mães é altamente apreciado. Esta última apreciação é muito complexa e envolve uma forte expectativa social de que as mulheres devem se tornar mães – e enfrentar, para isso, qualquer risco à sua saúde e bem-estar psicológico. Historicamente, os momentos em que o parto era perigoso para a saúde da mulher não estão muito distantes das condições médicas avançadas do século XXI. Além disso, a expectativa padrão de que uma mulher casada desse à luz um grande número de filhos – muito além das simpáticas imagens de uma família com dois ou três filhos bem cuidados e bem alimentados das gerações seguintes – era uma prática social historicamente comum. E muitas mulheres aguentaram corresponder àquela expectativa, dedicando seus corpos a dar à luz muitos filhos – tornando-se assim uma espécie de máquinas reprodutivas. Ninguém se preocupou com as necessidades psicológicas da mulher nesse papel – um tipo de escravidão em relação à maternidade que foi imediatamente transformada pelas máquinas de propaganda social em seu oposto, ao enfatizar imagens heroicas da glória e da beleza da maternidade.

Obviamente, as próprias mulheres estavam preparadas para tanta glória. A “carreira profissional” de casar-se, estabelecendo seu lugar próprio de pessoa central no controle do lar, fazendo todo o trabalho doméstico, gerando crianças para encher a casa e, posteriormente, cuidando dos pais à medida que envelhecem, é uma estratégia de curso de vida da qual as mulheres se apropriaram por séculos. Essa estratégia de curso de vida foi marcada, em termos amplos, por oportunidades

de mobilidade social: o fato de tornar-se sogra e avó, por exemplo, pode ser visto como um distintivo de “um ponto alto na carreira” – ao invés de ser tomado como um novo montante de responsabilidades das mulheres, num fluxo interminável, no contexto da família e do parentesco.

Nesse breve apanhado histórico falta o componente crucial: o foco psicológico na pessoa que é uma mulher, em vias de se tornar mãe, e que, ainda assim, enquanto assume o papel de mãe, permanece mulher. Em seus mundos subjetivos pessoais, as mulheres podem ser livres – deixando sua imaginação criar muitos novos modos de *eu-como-mulher-e-mãe*. Essa é a raiz da notável resiliência das mulheres: apesar de suas pesadas cargas de trabalho em casa e fora de casa, elas inovam seus próprios modos de sentir e ser, dando exemplos e criando pequenos tutoriais diários de como viver para seus filhos. A criatividade pessoal das mulheres é a raiz das inovações que seus filhos trazem para a sociedade à medida que crescem. Isso faz com que as mulheres, enquanto importantes inovadoras – não apenas no sentido biológico (tendo filhos), mas sobretudo no psicológico –, sejam realmente as pessoas centrais na interface entre família e sociedade.

Essa centralidade absoluta das mulheres como pessoas é trazida aqui aos leitores deste livro como uma bela demonstração que emerge das duas décadas de pesquisa em Salvador, Bahia. Tendo sido eu uma espécie de “parteiro intelectual” desse programa de pesquisa desde o seu início, localizado nas discussões ocorridas de manhã bem cedo, em nossos encontros na Clark University, em Worcester, Massachusetts,<sup>1</sup> posso apreciar a abrangência de todas as pesquisas apresentadas neste livro. O valor de todo o trabalho reunido aqui está na intrincada apresentação de detalhes abordando os sentimentos das mulheres em torno de todos os aspectos do ser, tornar-se e permanecer mães, mantendo-se a si mesmas, ao mesmo tempo, como mulheres criativas.

Olhando para este livro a partir de uma perspectiva mundial, afirmo que a obra é um marco importante para todo o campo de estudo sobre mulheres. Em todo o mundo, nenhuma pesquisa coletiva produziu algo próximo à cobertura que os leitores podem encontrar aqui. Este é um dos exemplos em que uma tradição de pesquisa – sistematicamente desenvolvida no Brasil e conseguindo manter o foco através dos diversos tempos turbulentos de incertezas quanto ao financiamento

---

1 Esses “seminários ao alvorecer” – às seis e trinta da manhã – foram um maravilhoso compartilhamento de ideias entre Kenneth Noller (uma figura de destaque na especialidade em saúde da mulher na América do Norte), Roger Bibace (o dedicado estudioso que trouxe as ideias de Heinz Werner para a pesquisa sobre mulheres), Ana Cecília Bastos (que estava visitando a Clark University na época) e eu mesmo. Meu próprio interesse pelas mulheres esteve presente em todo o meu percurso profissional – começando na Estônia, quando tentava entender os sentimentos das mulheres grávidas (VALSINER, 1982), continuando depois para entender a sensualidade das mulheres (VALSINER, 2003) e, finalmente, situando essa sensualidade no domínio da estética. (VALSINER, 2020)

– chegou a se tornar líder internacional no mundo. O Brasil produziu uma delicada e bela joia intelectual aqui.

Este resultado notável, é claro, depende dos participantes desta síntese de pesquisa. O trabalho coletivo dos pesquisadores em Salvador é um bom exemplo de como a pesquisa acontece através da grande variedade de perspectivas pessoais. No entanto, elas somente podem se unir quando existe uma sábia e delicada Mãe Fundadora para o programa de pesquisa. Este livro é um triunfo intelectual e um indicador de anos de trabalho árduo da Mãe Fundadora: Ana Cecília Bastos. Seu olhar poético para as mulheres é único na psicologia. É esse olhar que proporciona a presente síntese que os leitores do livro podem apreciar. O livro é uma homenagem à sua longa carreira em psicologia e um testemunho de como todos os orixás da Bahia – além de atores místicos mais mundanos, como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – patrocinaram um programa de pesquisa verdadeiramente inovador e de excelência internacional.

#### REFERÊNCIAS

VALSINER, J. Self-evaluation and attitudes of pregnant women. *In: PRILL, H.-J.; STAUBER, M. (ed.). Advances in psychosomatic obstetrics and gynecology.* Berlin: Springer, 1982. p. 353-356.

VALSINER, J. *Sensuality in human lives.* Berlin: Springer, 2020.

VALSINER, J. Sensuality and sense: Cultural construction of the human nature. *Human Affairs*, Bratislava, v. 13, p. 151-162, 2003.



## O NASCER À LUZ DA PSICOLOGIA CULTURAL SEMIÓTICA

Vívian Volkmer Pontes  
Elsa de Mattos  
Ana Cecília de Sousa Bastos

O nascimento de uma criança, que emerge de outro corpo através do parto, consiste na porta de entrada para um mundo tornado significativo por outros seres humanos. Este corpo recém-chegado será culturalmente apresentado: é um bebê, um menino, uma menina, meu filho ou minha filha. Mesmo ainda sem conseguir falar ou entender a linguagem humana, aos seus gestos e comportamentos serão atribuídos significados. “A palavra emerge através do corpo – e o reorganiza drasticamente”. (VALSINER, 2014, p. 3, tradução nossa) Também será adornado com materiais simbólicos: roupas com determinadas cores, amuletos, entre outros. Em outras palavras, será transformado em um ser humano, um agente significativo e construtor de significados.

A gestação e o nascimento de uma criança inauguram, também, a emergência de uma mãe e de um pai. A experiência subjetiva da gravidez para uma mulher consiste em um acontecimento de natureza biológica-cultural, que leva à constante emergência da novidade dada às irrevogáveis mudanças subjetivas, corporais, bem como nas relações eu-outro inseridas em determinado contexto ao longo do tempo irreversível. A mulher em seu corpo gravídico move-se através do contexto social (incluindo lugares, atividades e outras pessoas) no qual está inserida e acumula experiências diferenciadas, que seletiva e ativamente são subjetivamente internalizadas, propiciando um movimento psicológico entre experiências, que por sua vez media como a mulher se move através dos contextos sociais. (ZITTOUN; GILLESPIE, 2015) Nesse movimento, relações dinâmicas interativas simbólicas são estabelecidas entre o eu e o outro, podendo suscitar uma miríade de situações tensionais no mundo simbólico pessoal e coletivo. (PONTES, 2019)

Por tratar-se de um fenômeno desenvolvimental, a experiência de uma gravidez caracteriza-se por um movimento de mudança constante, de contínua emergência de novidade através das experiências. Seu acontecimento dá origem a diversas transformações na dinâmica intrapsicológica e intersubjetiva, instaurando discontinuidades na identidade social e responsabilidades femininas. Entre essas transformações, destacam-se as mudanças de contexto e de papel social a serem desempenhados por uma mulher, e que geralmente se seguem a mudanças em

determinado âmbito de vida da pessoa, bem como na mudança de sentido de *self*, resultante das diferentes maneiras pelas quais uma mulher passa a se perceber em decorrência do novo tratamento que lhe é dado na relação com os outros, devido a esse novo *status* assumido: o de vir a ser mãe. A descontinuidade do sentido do *self* ocorre concomitantemente a um processo de adaptação gradual à nova condição, através do qual práticas e campos de significados pessoais e coletivos preparam o sujeito em transformação para o porvir. A construção de uma nova articulação plausível para reorganizar as suas experiências demanda da mulher novas ações simbólicas que, ao serem dirigidas aos outros, promovem processos transformativos nas relações eu-outro-mundo. (PONTES, 2019; PONTES; SIMÃO, 2016)

É o domínio desses processos de reorganização que a Psicologia Cultural Semiótica estuda, como uma ciência dos modos humanos de ser. Seu ponto de partida é a primazia da natureza qualitativa dos fenômenos, em seu fluxo aberto sistêmico em tempo irreversível, em todos os níveis: da história da sociedade, do curso de vida pessoal e das inovações específicas ao ambiente imediato. (VALSINER, 2019) É uma ciência dos campos dinâmicos de produção de significados que tornam possível a nossa existência. Perspectiva que se insere na tradição que vê a experiência humana como uma realidade subjetiva culturalmente organizada e constantemente recriada de modo pessoal.

O nascimento de um bebê e o tornar-se mãe ou pai são situações social e culturalmente reguladas, permeadas por sugestões sociais presentes em ambientes humanos semioticamente organizados ou estruturados a partir da combinação de signos diversos, que possuem a função de orientar a experiência humana no campo social. O poder de tais situações e vivências sociais e os significados hipergeneralizados que delas emergem guiam e organizam a conduta, o pensamento e os afetos humanos, demonstrando, assim, a centralidade da cultura dentro das mentes humanas. (VALSINER, 2012)

A cultura, conforme entendida por Valsiner (2014), não consiste em uma entidade, mas sim em um processo dinâmico entre as mentes ativas e seu ambiente. Nesse sentido, cultura não possui agência, não causa nada, mas os seres humanos que operam através da cultura de maneiras orientadas por objetivos reorganizam seus mundos. E, nesse processo, reconstróem a cultura em novas formas por meio de atos comunicativos bidirecionais.

Valsiner (2012), assim, atribui uma natureza dinâmica e processual ao funcionamento da cultura dentro dos sistemas psicológicos humanos – o que inclui tanto o domínio intrapessoal, isto é, o sentir, o pensar e o agir, bem como o domínio interpessoal, que envolve a conduta e a prática discursiva em relação às outras pessoas. A cultura pode ser entendida como um sistema de mediação semiótica – isto é, mediação que se estabelece por meio de signos –, e que compreende uma parte

inerente da organização sistêmica das funções psicológicas superiores humanas. Desse modo, a cultura passa a ser entendida como um processo de internalização e externalização no qual pessoa e mundo social estão constituindo-se mutuamente.

As pessoas estão envolvidas em constante reconstrução de seus mundos intrapsicológicos por meio da permanente troca de materiais perceptivos e semióticos com o ambiente. Nesse sentido, a internalização consiste no processo construtivo de percepção e análise das experiências ou dos materiais semióticos existentes no mundo social e de sua síntese, sob uma nova forma, dentro do domínio intrapsicológico. (VALSINER, 2012) Isto é, consiste na transformação construtiva dos significados do ambiente social para o campo subjetivo, promovendo a inovação dos significados pessoais. (ZITTOUN et al., 2013) Por sua vez, a externalização consiste no processo construtivo de reelaboração dos materiais internalizados nas culturas pessoais e subsequente transposição dos mesmos do âmbito interno da pessoa para o domínio externo (ambiente), modificando o ambiente mediante uma nova síntese desses materiais. Os resultados da externalização alimentam prospectivamente o processo de internalização em andamento, ao mesmo tempo em que o progresso da internalização em andamento promove o processo de externalização. (VALSINER, 2012)

Dessa forma, esse processo dual de internalização e externalização torna cada indivíduo uma pessoa singular, embora sob as bases de uma mesma matriz cultural, na medida em que mensagens culturais, apesar de similares para diferentes indivíduos, são transformadas e reconstruídas de modo necessariamente singular. Na transmissão cultural, então, os indivíduos transformam ativamente as mensagens circulantes no ambiente social, o que conduz a múltiplos cursos de reconstrução de mensagens, e torna possível a emergência da novidade.

Assim, as pessoas, de acordo com esta perspectiva, criam signos, utilizando a sua história pessoal sob a orientação de outros seres humanos, que, nesse empreendimento de fabricar sentidos, são coletivamente orientados por diferentes instituições sociais. Assim sendo, a cultura não é compartilhada, mas coordenada. Diferentes agentes – pessoas, instituições sociais – regulam as experiências uns dos outros de seus mundos de vida de maneiras direcionadas, mas que permanecem indeterminadas (indeterminação limitada).

Valsiner (2012) faz referência ao que ele denomina de “cultura pessoal” e “cultura coletiva”. A cultura pessoal, segundo este autor, compreende os significados pessoais subjetivamente construídos, o sistema de sentido pessoal. Este sistema é interdependente da cultura coletiva – isto é, do domínio dos processos comunicativos interpessoais –, mas não determinada por estes. A cultura coletiva, por sua vez, compreende a multiplicidade de mensagens comunicativas mediadas por signos interpessoais, ou seja, consiste no “[...] conjunto de produções e significados

compartilhados pelo grupo, historicamente construídos e continuamente negociados nos processos interativos entre os seres humanos”. (MADUREIRA; BRANCO, 2005, p. 101) Dessa forma, tanto a cultura pessoal como a coletiva são constantemente coconstruídas nos contextos das interações humanas, relacionando-se de modo dialético e contínuo. O indivíduo, deste modo, é atravessado pela história e pela cultura, é parte do todo, de acordo com a lógica da separação inclusiva – ou seja, difere estruturalmente do contexto sociocultural, mas mantém com ele uma interdependência sistêmica: “[...] a pessoa é distinta do contexto ao mesmo tempo em que é parte dele”. (VALSINER, 2012, p. 132)

Além disso, Valsiner (2012) também define a cultura como um mecanismo de distanciamento psicológico. Isto significa dizer que, a partir da capacidade e propensão dos seres humanos para criar e utilizar recursos semióticos, eles se tornam aptos a se distanciar de seus contextos imediatos de experiência. Desta maneira, a pessoa é, simultaneamente, um ator que sente e se comporta no contexto em que está imerso e um agente reflexivo que pode se distanciar de tal cenário. Essa reflexão, que é ao mesmo tempo cognitiva e afetiva, permite que o sistema psicológico considere contextos do passado, imagine contextos no futuro e assuma a perspectiva de outras pessoas.

#### A NATUREZA DIALÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

A partir da noção de cultura pessoal, descrita por Valsiner (2012), outro conceito revela-se importante: o conceito de *self* dialógico. Conforme o autor, *self* dialógico consiste em uma categoria reflexiva (*self*) organizada mediante relações dialógicas entre suas partes componentes. Compreende, assim, o diálogo intrapsicológico entre “partes do eu” – diálogos que ocorrem entre componentes da cultura pessoal. Conforme sugere Valsiner (2012, p. 125) “não apenas diferentes pessoas se engajam em diálogos, mas todos nós temos nossos próprios diálogos se processando no interior das nossas culturas pessoais”. Deste modo, uma pessoa funciona com base em dois processos dialógicos mutuamente interligados: o heterodiálogo (com os outros, incluindo outros imaginários) e o autodiálogo (no interior do próprio *self*). (VALSINER, 2012)

Segundo Fogel e demais autores (2002), o *self* dialógico consiste na noção do eu composto de múltiplas posições, que interagem entre si, e assumem uma perspectiva única na experiência da pessoa. Para Hermans e Hermans-Jansen (2003), o *self* pode ser descrito como um processo desenvolvimental multivocal e dialógico que envolve a construção e reconstrução narrativa do significado da experiência. O *self* dialógico considera a pessoa como o centro da construção social – imaginativa – de

possíveis posições do Eu baseadas na experiência no mundo social. (VALSINER, 2012)

A teoria do *self* dialógico foi introduzida no campo da psicologia por Hermans, Kempen e Loon (1992). Emergiu na interface entre duas tradições: o pragmatismo americano e o dialogismo russo. No que se refere à teoria do *self*, a inspiração foi encontrada nos trabalhos de William James (1890) e George Mead (1967). Como teoria dialógica, foi elaborada a partir das ideias de Bakhtin (1973). (HERMANS; HERMANS-KONOPKA, 2010) O principal argumento construído por Bakhtin e seguido por Hermans e Hermans-Jansen (2003) consiste na metáfora das novelas polifônicas – especialmente as de Dostoiévski –, que possui como núcleo a noção de diálogo. De acordo com Hermans e Hermans-Jansen (2003), a principal característica da novela polifônica corresponde ao fato dela ser composta por um número de pontos de vista independentes e mutuamente opostos, incorporados pelos diferentes personagens da trama. Cada personagem é considerado como o autor de sua própria visão de mundo e funciona como consciência individual, com uma voz específica. A polifonia, assim, consiste nas várias vozes que são capazes de emergir, cada uma com uma visão e compromisso específico com a vida, ressaltando que, conforme afirma Bakhtin, cada voz tem sempre um envolvimento social. Deste modo, a teoria do *self* dialógico iniciada por Hermans, Kempen e Loon (1992) explora as implicações da noção de polifonia de vozes, concebendo o *self* como uma multiplicidade dinâmica de *selves* relativamente autônomos.

A ideia da polifonia dialógica é articulada ainda à distinção entre o Eu (“I”) e o Mim (“me”) construída por William James, que defendia o argumento da existência de diferentes *selves*, bem como da rivalidade e do conflito entre eles. A partir daí, Hermans, Kempen e Loon (1992) concluíram que há uma multiplicidade descentralizada de posições do Eu, que funcionam como autores relativamente independentes que contam suas histórias de acordo com seus respectivos pontos de vista. A psicologia narrativa, por sua vez, traz contribuições relevantes ao reconhecer a importância da voz e do diálogo para o entendimento da mente humana.

A proposição fundamental, então, subjacente ao conceito do *self* dialógico, é a de uma multiplicidade descentralizada de posições do Eu – posições essas diferentes e, até mesmo, opostas –, organizadas em um espaço imaginário e dotadas de vozes que têm histórias para contar sobre suas próprias experiências, a partir da sua própria instância – em contraste com a ideia cartesiana do *self* separado, individualista e centralizado. De acordo com D’Alte e demais autores (2007), essas vozes podem ser entendidas como personagens que interagem numa história, na qual cada personagem tem uma narrativa para contar. Desta forma, o *self* pode ser compreendido como um campo de posições, formando um sistema de relações dinâmicas. Em tal sistema, não somente coexistem perspectivas diferentes, mas

também hierarquias são construídas, compondo relações de dominância e submissão entre vozes constantemente negociadas. De acordo com Hermans (1996, p. 33, tradução nossa): “nessa multiplicidade de posições, algumas posições podem tornar-se mais dominantes do que outras, de modo que as vozes das posições menos dominantes podem ser subjugadas”.

Hermans e Hermans-Konopka (2010) fazem também referência ao conceito de coalizão de posições, enfatizando que as posições não atuam de forma isolada, mas cooperam e apoiam uma às outras, levando a “conglomerados” no *self* que podem dominar outras posições. Há também a ideia de movimento do Eu de uma posição para outra, criando campos dinâmicos nos quais autonegociações, autocontradições e autointegrações resultam em uma grande variedade de significados. (HERMANS; HERMANS-JANSEN, 2003)

Porém, falar em “voz” implica considerar um corpo que emite essa voz. Deste modo, a noção de “voz” evidencia o caráter corporificado (*embodied*) do *self*. O *self* está corporificado, sempre ligado a uma posição particular no espaço e no tempo, quer fisicamente, quer mentalmente. A natureza espacial do *self* se traduz em termos de posição e posicionamento. (D’ALTE et al., 2007; HERMANS; KEMPEN; LOON, 1992)

Vale ressaltar, ainda, que o campo de posicionamentos envolve tanto posições internas quanto posições externas, sendo que as primeiras são sentidas como partes do si mesmo (por exemplo, “Eu-mãe”), enquanto as últimas são sentidas como parte do ambiente – isto é, referem-se a pessoas e objetos relevantes para uma ou mais posições internas. Posições externas e internas recebem a sua relevância através das suas transações mútuas ao longo do tempo. De uma perspectiva teórica, todas estas posições (internas e externas) são posições do Eu, na medida em que elas são parte do *self*, que é estendido para o ambiente.

Nesse sentido, o *self* dialógico é social, já que as outras pessoas ocupam posições no sistema do *self* multivocalizado, (HERMANS; HERMANS-JANSEN, 2003) e estas posições podem se comunicar umas com as outras. (FOGEL et al., 2002) Vale ressaltar, porém, conforme enfatizam Salgado e Gonçalves (2007), a necessidade de se levar em conta a alteridade, isto é, ao mesmo tempo em que o outro pode ser entendido como eu (posições externas do *self*), também precisa ser percebido enquanto outro (*alter*). Conforme ressalta Cunha (2007), alteridade implica o estabelecimento de uma contínua relação de tensão e diferença entre os interlocutores, que possibilita ao ser humano constituir e esclarecer sua própria posição e existência pessoal através da assimilação e consciência da posição do Outro.

Salgado e Gonçalves (2007) propõem que o *self* dialógico precisa ser entendido enquanto uma estrutura triádica, composto pelo eu, pelo outro e pelo o que eles denominam “audiência interna”. Nesse sentido, o Eu ocupa o centro da experiência

aqui-e-agora e da agência subjetiva, afetivamente envolvido no processo de endereçamento ao outro. A linguagem e a existência humana, conforme afirmam os autores, são sempre endereçadas a alguém. A audiência interna, potencial, por sua vez, é responsável pela mediação entre o eu e o outro. Assim, em uma relação dialógica, a troca intersubjetiva que ocorre é acompanhada também por um diálogo interno com outra audiência potencial, pessoalmente relevante e culturalmente enraizada. Em suma, o mundo fenomenal da pessoa é estruturado pelos campos dialógicos triádicos do intercâmbio entre o eu, o outro e a audiência interna. Esse campo modela e organiza a consciência do momento presente (espaço intrapessoal) e o tipo de orientação que uma pessoa pode ter em direção a objetos e outras pessoas (espaço interpessoal).

O *self*, então, a partir desta perspectiva de múltiplas posições e dinamicamente em movimento, nunca está concluído, mas imerso em uma experiência de vir a ser, de um constante devir. (FOGEL et al., 2002) Pode, desta forma, transformar-se a partir da possibilidade de se mover de uma posição para outra, de acordo com as mudanças na situação e no tempo, a partir de diálogos reais estabelecidos com outras pessoas ou em alguma forma de diálogo interno. (SALGADO; GONÇALVES, 2007)

Deste modo, e em última instância, a vida humana também implica em alguma forma de estabilidade. Os padrões de posicionamento e reposicionamento podem ter algum tipo de regularidade, criando um modo de organização do *self* em relação com os outros. Assim, as pessoas dispõem, potencialmente, de um número infinito de vozes possíveis, mas elas tendem a tornar-se organizadas em alguns padrões mais ou menos regulares de posicionamento. (SALGADO; GONÇALVES, 2007) Segundo Hermans e Hermans-Jansen (2003), a linguagem social modela o que as vozes individuais podem dizer. O sistema sociocultural de um determinado grupo influencia e restringe os sistemas de significados que emergem nas relações dialógicas.

Em recente revisão sobre o *self* dialógico, Freire e Branco (2016) ressaltam que as relações dialógicas que se estabelecem no campo do *self* encontram-se situadas no contexto. As autoras sugerem que “quando o Eu (em termos de ideia, pensamento, significado) é contextualizado em um tempo e espaço específicos, então temos a materialização de um *self* por meio de uma posição corporificada do Eu (*embodied self*)”. (FREIRE; BRANCO, 2016, p. 26) Nesse sentido, quando uma mulher fica grávida, ela assume a posição de mãe (mesmo de uma criança que ainda não nasceu), não somente em relação ao bebê e aos outros significativos, mas em relação ao próprio corpo. E tal posicionamento é constantemente negociado com o contexto, por exemplo, na família e no trabalho. Na negociação concreta do sujeito com o contexto constituem-se os vários posicionamentos, que se estabelecem nas e pelas interações significativas com os outros em situações concretas vivenciadas pela pessoa.

A síntese construída sobre a teoria do *self* dialógico valoriza dois aspectos considerados essenciais no presente trabalho: a dinâmica interna ao *self* e a consideração do *self* no tempo. Além disso, argumentos a favor de considerar o *self* dialógico dão ênfase ao sistema semiótico e desenvolvimental, construído nas interações e no tempo irreversível. Esses foram os aspectos que orientaram a análise dos estudos que serão apresentados nos próximos capítulos.

## MODELO DE EQUIFINALIDADE DE TRAJETÓRIAS

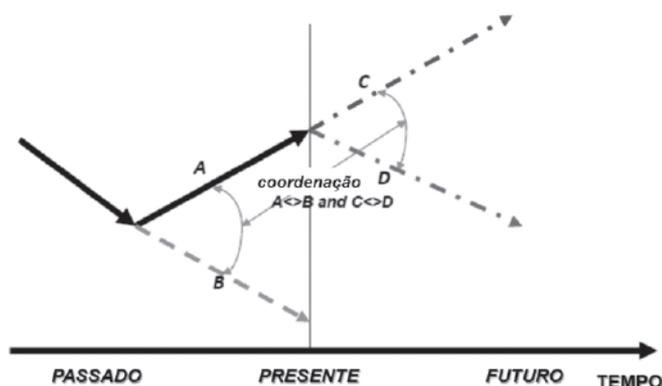
O Modelo de Equifinalidade de Trajetórias (Trajectory Equifinality Model – TEM) é uma estrutura de pesquisa metodológica para analisar, examinar e descrever dados qualitativos no que concerne à diversidade de trajetórias de desenvolvimento e cursos de vida. (YASUDA, 2005) O TEM foi desenvolvido baseado no conceito de equifinalidade que, conforme Sato e demais autores (2007), originou-se da Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy (1968) e tem as suas raízes nos primeiros trabalhos biológicos de Hans Driesch (1908).<sup>1</sup> Para Bertalanffy (1968 apud SATO et al., 2007), a equifinalidade é uma característica básica dos sistemas abertos e significa que o mesmo estado final pode ser alcançado a partir de distintas condições iniciais e de diferentes modos. Assim, a noção de equifinalidade considera que certos pontos representam destinos comuns em contextos culturais e sociais, embora os indivíduos possam seguir vários caminhos para alcançar os seus objetivos.

O TEM origina-se da necessidade teórica da ciência contemporânea de conciliar dois aspectos centrais em seus esquemas analíticos: o tempo e a transformação das potencialidades em realidades – elementos essenciais para o estudo do desenvolvimento humano. Baseia-se na visão sistêmica da psicologia – que considera os seres humanos como sistemas abertos –, e leva em consideração a noção do tempo irreversível, isto é, o fluxo de tempo de um passado infinito em direção a um futuro infinito. (SATO; HIDAKA; FUKUDA, 2009; VALSINER, 2010) Conforme Sato e Valsiner (2010), o tempo está dentro de cada evento biológico, psicológico e social, é inseparável de todos os sistemas em crescimento. Neste sentido, a transformação, que implica em uma mudança de forma – ou seja, alguma forma de tipo prévio se transforma em uma nova forma –, é um conceito de tempo inclusivo. Envolve o mover-se em direção ao futuro com base na rede de trajetórias reais e potenciais do futuro.

1 De acordo com Sato e demais autores (2012), Driesch realizou uma série de experimentos intervindo em células (*sea urchin cells*) durante a divisão, levando-as a fragmentar. Ao invés de formar um embrião parcial, Driesch descobriu que as células formavam um embrião inteiro. Nestes experimentos pode-se notar que o mesmo estado final pode ser alcançado de condições iniciais diferentes e de diferentes modos.

Conforme Valsiner (2010), o desenvolvimento humano só é possível no caso dos sistemas abertos, que existem devido às suas relações de troca com o ambiente. Deste modo, o processo desenvolvimental é potencialmente aberto para múltiplas trajetórias (processo multilinear), apesar de se realizar em apenas uma delas. A tradução das trajetórias potenciais para a trajetória real é o foco do TEM. Deste modo, o TEM inclui em seus esquemas analíticos tanto o aspecto real (trajetória de desenvolvimento real até o momento presente) quanto o aspecto “ir-real” (trajetórias possíveis que existiram no passado e que são supostas de existir no futuro) –, o que inclui as reconstruções e imaginações: o não real, ou o que ainda não é real, ou o que não será real. Na figura apresentada a seguir, Valsiner apresenta a unidade de análise sistêmica mínima do TEM:

FIGURA 1 – Unidade de análise sistêmica mínima do TEM



Fonte: Valsiner (2010).

A figura acima inclui três partes imaginárias (B, C, D) e uma parte real (A), evidenciando-se a dominância do imaginário sobre o real. Além disso, Valsiner enfatiza que são as relações entre esses quatro elementos ( $A \leftrightarrow B$ ,  $C \leftrightarrow D$ ) e suas metarelacões ( $\{A \leftrightarrow B\} \leftrightarrow \{C \leftrightarrow D\}$ ) que constituem uma unidade de análise estrutural. (VALSINER, 2010)

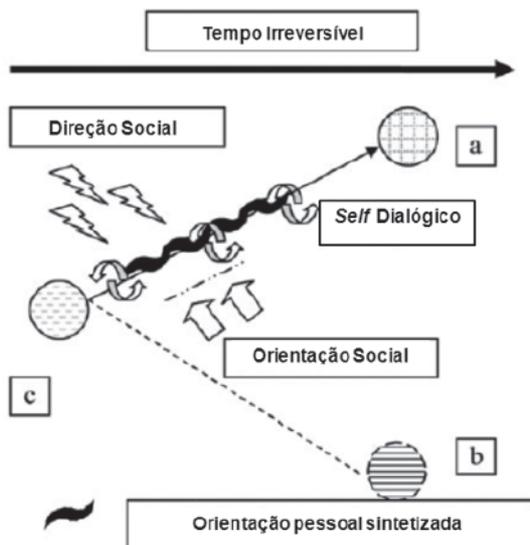
Considerando a questão temporal, pode-se observar uma assimetria do futuro em relação ao passado: o futuro é repleto de cursos potenciais de eventos, enquanto o passado é caracterizado pela unilinearidade – que se configura na trajetória de desenvolvimento real até o momento presente (A). Assim, na medida em que o futuro está constantemente no processo de tornar-se passado, o movimento em direção ao “novo presente” (para, em seguida, tornar-se passado) implica em perder a característica das trajetórias futuras possíveis. Nesse sentido, o passado não

possui alternativas válidas (B), o que marca a impossibilidade de se voltar atrás – o tempo é de natureza irreversível. (SATO; VALSINER, 2010)

O TEM consiste, assim, em um método para descrever o curso de vida das pessoas dentro do tempo irreversível, após os pesquisadores terem focalizado determinados eventos importantes, assumidos como Pontos de Equifinalidade. Conforme Sato, Hidaka e Fukuda (2009), o termo “equifinalidade” não implica em “mesmidade” (*sameness*), que é uma condição impossível em qualquer sistema histórico. Ao invés disso, ele implica em uma região de similaridade no curso temporal de diferentes trajetórias. Após estabelecer o Ponto de Equifinalidade (EFP), as trajetórias deverão ser traçadas. Além do Ponto de Equifinalidade, devem ser também considerados os Pontos de Passagem. De acordo com Sato, Hidaka e Fukuda (2009), há os Pontos de Passagem Obrigatórios (PPO) que consistem em uma fase e/ou evento que uma pessoa inevitavelmente experimenta. Há dois tipos de PPO: 1) endógeno – que inclui pontos de transição biológicos específicos da espécie, como por exemplo, a menopausa; e 2) exógeno, que é configurado pelo ambiente. (SATO et al., 2007)

Há ainda pontos de passagem que têm opções alternativas entre dois ou mais caminhos a serem seguidos, que são os denominados “pontos de bifurcação” (PBF). Os pontos de bifurcação são denominados por Sato e Valsiner (2010) como pontos de transformação, onde a pessoa olha em direção ao futuro e realiza uma escolha. São repletos de tensão, na medida em que nesses pontos duas forças opostas em conflito podem se fazer presentes: direção social (*social direction*) e orientação social (*social guidance*). A primeira, a direção social, se refere ao poder sócio-histórico que provê tradição, norma social e pressão social. Por sua vez, a orientação social é o poder de defesa contra a direção social, sendo fornecido pelas pessoas íntimas, tais como a família, os amigos e outros. Ambas as forças são veiculadas através dos intercâmbios sociais cotidianos nas situações sociais. No entanto, enquanto a direção social refere-se ao poder de inibição para seguir para o Ponto de Equifinalidade, a orientação social consiste no poder de promoção para se chegar a esse ponto. (SATO; HIDAKA; FUKUDA, 2009) Nesse contexto, uma pessoa prossegue com a sua Orientação Pessoal Sintetizada (Synthesized Personal Orientation – SPO) e luta para realizar a sua própria orientação contra as direções sociais, com o apoio da orientação social fornecida por suas relações sociais íntimas. A orientação pessoal sintetizada parte do pressuposto de que cada pessoa tem a sua orientação original para o Ponto de Equifinalidade, uma orientação de natureza aberta-sistêmica do ser humano dentro do tempo irreversível. (SATO et al., 2007; SATO; VALSINER, 2010)

FIGURA 2 – Processos dialógicos na construção das trajetórias



Fonte: Sato, Hidaka e Fukuda (2009).

A história do TEM é interdependente da metodologia de amostragem denominada Amostragem Historicamente Estruturada (Historically Structured Sampling – HSS), que foi desenvolvida em contraste à amostragem randômica – que parte da noção de que os seres humanos são homogêneos e considera a variação como um erro amostral. (SATO et al., 2007) De acordo com esta metodologia, a variabilidade humana é o resultado do curso de vida de cada pessoa, um fenômeno dependente do tempo. Ela focaliza sobre a experiência vivida de qualquer pessoa dentro do tempo irreversível, sendo uma versão não randômica de casos individuais. Por sua vez, a experiência vivida deve ser considerada como um fenômeno sistêmico-aberto verdadeiro, imersa em um tempo e espaço específico, ou seja, na cultura. Deste modo, o procedimento da HSS, consiste da amostragem de equifinalidade. E o TEM é um dos meios para entender o fluxo e a continuidade da vida do ponto de vista do agente cujo curso de vida está sob estudo.

O uso da TEM envolve os seguintes passos: (a) localizar o Ponto de Equifinalidade relevante, bem como todos os Pontos de Passagem Obrigatórios no mapa genérico das trajetórias necessariamente presentes para o sistema genérico dos processos sob investigação; (b) mapeamento empírico de todos os casos particulares – sistemas abertos para estudar o movimento através desse ponto; e (c) comparação de diferentes trajetórias na forma de como essas abordam o Ponto de Equifinalidade,

sobrepondo em cada trajetória um padrão de uma gama de medidas teoricamente significativas – derivada de (a) –, que especifica se uma determinada trajetória se encaixa no domínio dos casos selecionáveis. (SATO et al., 2007)

Vale ressaltar a importância de se estabelecer o Ponto de Equifinalidade Polarizado (PEFP), visto que o Ponto de Equifinalidade depende do foco e/ou questões de pesquisa do pesquisador e mostra apenas um aspecto do fenômeno. Faz-se necessário, conforme Sato e demais autores (2012), mostrar algum tipo de complemento ao Ponto de Equifinalidade. Deste modo, o PEFP deve ser estabelecido para neutralizar o sistema de valor implícito dos pesquisadores, levando-os a observarem a possibilidade de trajetórias invisíveis. E, na medida em que o estabelecimento do PEFP pode ser considerado como a pluralização dos pontos de finalidade, isto implica na multifinalidade da vida.

Em síntese, a metodologia escolhida para os estudos no presente livro consistiu em uma estratégia inspirada na ciência idiográfica para compreender as generalidades dentro de particulares sempre únicos. A ciência idiográfica baseia-se na seleção de casos singulares – juntamente com seu contexto estrutural e/ou temporal –, a partir dos quais desenvolve um modelo geral que se ajusta na natureza sistêmica de um caso singular, testando aquele modelo em outros casos individuais, chegando a um modelo generalizado que se ajusta à organização genérica do aspecto selecionado do fenômeno. (SATO et al., 2007)

Os estudos apresentados neste volume, portanto, pela natureza complexa e dinâmica dos fenômenos de que tratam, são orientados por pressupostos teóricos e abordagens metodológicas adequados à sua natureza.

## REFERÊNCIAS

ALBERT, I.; ABBEY, E.; VALSINER, J. (ed.). *Cultural psychology of transgenerational family relations: Investigating ambivalences*. Charlotte: Information Age Publishers, 2018.

BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem*. Tradução de Sheila Grillo e Ekaterina Vólkova Américo. São Paulo: Hucitec, 1992.

BAKHTIN, M. *Problems of Dostoevsky's poetics*. Ann Arbor: Ardis, 1973.

BERTALANFFY, von L. *General systems theory: foundations, development, applications*. New York: George Braziller, 1968.

CUNHA, C. Intersubjectivity and the experience of otherness: A reflection upon relational accounts of subjectivity. In: SIMÃO, L. M.; VALSINER, J. (ed.). *Otherness in question: labyrinths of the self*. Charlotte: Information Age Publishing, 2007. p. 379-391.

D'ALTE, I. et al. Self dialógico: um convite a uma abordagem alternativa ao problema da identidade pessoal. *Interacções*, Santarém, v. 3, n. 6, p. 8-31, 2007.

- DRIESCH, H. *The science and philosophy of the organism*. London: Adam and Charles Black, 1908. v. 1 e 2.
- FOGEL, A. *et al.* The dialogical self in the first two years of life: embarking on a journey of discovery. *Theory & Psychology*, [London], v. 12, n. 2, p. 191-205, Apr. 2002.
- FREIRE, S. F. de C. D.; BRANCO, A. U. A teoria do self dialógico em perspectiva. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 32, n. 1, p. 25-33, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32n1/1806-3446-ptp-32-01-00025.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2016.
- HERMANS, H. J. M. Voicing the Self: from information preprocessing to dialogical interchange. *Psychological Bulletin*, Washington, v. 119, n. 1, p. 31-50, 1996.
- HERMANS, H. J. M.; HERMANS-JANSEN, E. Dialogical process and the development of the self. In: VALSINER, J.; CONNOLLY, K. J. (ed.). *Handbook of development psychology*. London: Sage Publications, 2003. p. 534-559.
- HERMANS, H. J. M.; HERMANS-KONOPKA, A. *Dialogical Self Theory: Positioning and Counter-Positioning in a Globalizing Society*. New York: Cambridge University Press, 2010.
- HERMANS, H. J. M.; KEMPEN, H. J. G.; LOON, R. J. P. van. The Dialogical Self: Beyond Individualism and Rationalism. *American Psychologist*, [Washington], v. 47, n. 1, p. 23-33, Jan. 1992.
- JAMES, W. The consciousness of self. In: JAMES, W. *The principles of psychology*. New York: Cosimo, 1890. p. 291-401.
- MADUREIRA, A. F. A.; BRANCO, A. U. Construindo com o outro: uma perspectiva sócio-cultural construtivista do desenvolvimento humano. In: DESSEN, M. A.; COSTA JÚNIOR, A. L. (org.). *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 90-109.
- MEAD, G. H. *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press, 1967.
- PONTES, V. V. Disquieting Experiences of Ruptures in the Life Trajectory: Challenges to Dynamic Self-Repair. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, [New York], v. 53, n. 1, p. 1-13, May 2019.
- PONTES, V. V.; SIMÃO, L. M. Transgenerational ambivalence in the time to come: how meanings regulate being pregnant and facing miscarriage. In: ALBERT, I.; ABBEY, E.; VALSINER, J. (ed.). *Cultural psychology of transgenerational family relations: Investigating ambivalences*. Charlotte: Information Age Publishers, 2018. p. 197-216.
- SALGADO, J.; GONÇALVES, M. The dialogical self: social, personal e (un)conscious. In: VALSINER, J.; ROSA, A. J. (ed.). *The Cambridge Handbook of Sociocultural Psychology*. New York: Cambridge University Press, 2007. p. 608-621.
- SATO, T. *et al.* The Authentic Culture of Living Well: Pathways to Psychological Well-Being. In: VALSINER, J. (ed.). *The Oxford Handbook of culture and psychology*. New York: Oxford University Press, 2012. p. 82-106.

- SATO, T. *et al.* Sampling Reconsidered: Idiographic Science and the Analyses of Personal Life Trajectories. In: VALSINER, J.; ROSA, A. (ed.). *The Cambridge handbook of sociocultural psychology*. New York: Cambridge University Press, 2007. p. 82-106.
- SATO, T.; HIDAKA, T.; FUKUDA, M. Depicting the Dynamics of Living the Life: The Trajectory Equifinality Model. In: VALSINER, J. *et al.* (ed.). *Dynamic Process Methodology in the Social and Developmental Sciences*. New York: Springer, 2009. p. 217-240.
- SATO, T.; VALSINER, J. Time in Life and Life in Time: Between Experiencing and Accounting. *Ritsumeikan Journal of Human Sciences*, [S. l.], v. 20, p. 79-92, 2010. Disponível em: <http://www.psy.ritsumeikai.ac.jp/~satot/TEA/Time%20in%20Life%202010.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2012.
- VALSINER, J. Climbing the Sacred Mountain of Knowledge: Psychology at its eternal crossroads. In: CONGRESO COLOMBIANO DE PSICOLOGIA, 14., 2010, Ibagué. *Anais [...]*. Ibagué: [s. n.], 2010. Keynote address at XIV Congreso Colombiano de Psicología
- VALSINER, J. Cultural psychology as a theoretical project = La psicología cultural como proyecto teórico. *Estudios de Psicología = Studies in Psychology*, Eugene, v. 40, n. 1, p. 10-47, 2019. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02109395.2018.1560023?needAccess=true>. Acesso em: 20 maio 2019.
- VALSINER, J. *Fundamentos da psicologia cultural: mundos da mente, mundos da vida*. Tradução de Ana Cecília de Sousa Bastos. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- VALSINER, J. *An Invitation to Cultural Psychology*. London: Sage Publications, 2014.
- VALSINER, J.; ROSA, A. (ed.). The Cambridge handbook of sociocultural psychology. In: SATO, T. *et al.* *Sampling Reconsidered: Idiographic Science and the Analyses of Personal Life Trajectories*. New York: Cambridge University Press, 2007. p. 82-106.
- YASUDA, Y. Self-reassessment following infertility: branching selection by couples unable to have children after infertility treatment. *Qualitative Research in Psychology*, [Philadelphia], v. 4, p. 201-226, 2005.
- WAGONER, B.; CHAUDHARY, N.; HVIID, P. (ed.). *Integrating Experiences: Body and Mind Moving Between Contexts*. Charlotte: Information Age Publishing, 2015.
- ZITTOUN, T.; GILLESPIE, A. Integrating experiences: Body and Mind Moving between contexts. In: WAGONER, B.; CHAUDHARY, N.; HVIID, P. (ed.). *Integrating Experiences: Body and Mind Moving Between Contexts*. Charlotte: Information Age Publishing, 2015. p. 3-49.
- ZITTOUN, T. *et al.* *Human Development in the Life Course: Melodies of Living*. Cambridge: Cambridge University Press, 2013.

PARTE I

# **A MÚLTIPLA E DIVERSA REALIDADE DO PARTO**



## ANOTAÇÕES INTRODUTÓRIAS À PARTE I

Ana Cecília de Sousa Bastos  
Vívian Volkmer Pontes

Nesta primeira seção do livro, intitulada “A múltipla e diversa realidade do parto”, estão reunidos capítulos que tomam o parto como principal núcleo temático, analisado enquanto experiência que tende a ser totalizante e que comporta muitas dimensões.

O estudo apresentado por Ana Patrícia Borges em seu capítulo, o primeiro da seção, foi o marco inaugural de toda a série que se seguiu e culmina neste livro, destacando-se pela estratégia metodológica utilizada de entrevistar as participantes antes e depois do parto. As narrativas são muito próximas, no tempo, da experiência em curso. Em contraste, no segundo capítulo, de Ana Cecília Bastos, Luiz Fernando Calaça de Sá Júnior, Julianin Araújo e Paulo Maciel, o objeto de análise é a memória autobiográfica da gravidez e do parto de mulheres mais velhas, de diferentes gerações. O capítulo inclui também estatísticas descritivas simples que permitem comparar diversos indicadores relacionados à assistência ao parto, conforme classe social e geração das participantes.

Os capítulos de Viviane Mutti e de Isadora Sebadelhe em coautoria com Márcio Santana da Silva abordam aspectos sensíveis da experiência do parto, tais como, no primeiro caso, a vivência da dor – posicionamentos e significados relacionados – e, no segundo, as dinâmicas afetivo-semióticas de mães de bebês prematuros, acompanhados no momento mesmo do nascimento e no pós-parto pela autora.

O protagonismo da mulher nas decisões referentes ao parto, campo em que se encontram e conflitam o sistema médico e o sistema familiar, é a questão central estudada por Marianna Medrado e analisada em seu capítulo. Note-se que seu estudo converge em vários aspectos com os de Ana Patrícia Borges, sendo, porém, realizado uma década depois, quando práticas humanizadoras do parto se intensificaram na rede de assistência. Anamélia Lins e Silva Franco desenvolve, a seguir, uma reflexão abrangente sobre a questão da humanização do parto e do nascimento no Brasil, que oferece adicionalmente um contexto de análise para as ricas nuances e especificidades da experiência do parto apresentadas nos capítulos anteriores.

Finalizando esta seção, Ana Maria Urpia, Delma Barros Filho e Aila Nunes em coautoria com Virgínia Dazzani elaboram três instigantes capítulos-comentários, nos quais discutem aspectos gerais e pontuais sobre o conjunto dos capítulos

constantes da Parte I deste volume, trazendo ou aprofundando questões teóricas de particular relevância e indicando perspectivas adicionais para a pesquisa futura e para as orientações e práticas de assistência.

# I

## NASCE UMA MÃE: UMA VISÃO SEMIÓTICA E SISTÊMICA SOBRE A TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE

Ana Patrícia Vargas Borges

Hoje a maternidade não é mais um destino inevitável para a mulher, e sim um projeto passível de ser concretizado por ela. “Gestar”, “parir”, “ter um filho”, “ser mãe” – não são expressões sinônimas. Encontramos raízes históricas profundas que explicam como a ideia de maternidade foi construída; mas, além das matrizes culturais, é necessário discutir a realidade contemporânea da mulher que se torna mãe e, mais concretamente, como é construída a rede social e econômica na qual ela está inserida, as significações que cria em torno da maternidade.

No processo de transição para a maternidade, a mulher tenta conciliar demandas e papéis muitas vezes contraditórios, já que a maternidade engloba diferentes dimensões da sua vida, impactando diretamente sobre a construção do *self*. As transformações decorrentes do nascimento de uma criança – em especial quando é o primeiro filho – afetarão o desenvolvimento de todos: da própria criança, da mãe, do pai, da família.

Este capítulo pretende analisar a transição para a maternidade a partir de uma síntese sócio-histórico-cultural (a Rede de Significações) e da abordagem do curso de vida, considerando a experiência do parto do primeiro filho como elemento “divisor de águas” na história de vida de mulheres adultas.

É importante assinalar que, na trajetória do grupo de pesquisa ao qual este estudo se integra, ele ocupa uma posição inaugural, tendo sido o primeiro a ser realizado, ao longo dos anos de 2004 e 2005. Nas considerações sobre a assistência ao parto, note-se que as análises refletem a realidade daquele momento.

## A REDE DE SIGNIFICAÇÕES

A Rede de Significações é uma síntese brasileira que visa analisar o desenvolvimento humano através da complexa inter-relação entre os fenômenos, nas dimensões pessoal e contextual, ao longo da vida. Baseia-se nos teóricos socio-históricos ou histórico-culturais como Vygotsky e Bakhtin, incorporando referências teóricas da Psicologia do Desenvolvimento, em uma perspectiva sistêmica e ecológica, de forma integrada e inclusiva. A metáfora da rede permite a integração de dimensões micro e macroanalíticas, baseadas em uma perspectiva desenvolvimental e histórica, assumindo que atos de significação são centrais no processo de desenvolvimento e, também, na construção da identidade. (BRUNER, 1997; VIEIRA; HENRIQUES, 2014) Considera, ainda, as relações interdependentes, estruturando um “universo semiótico” que promove a emergência de significados e sentidos dentro de uma situação vivida no aqui-agora. Os campos interativos dialógicos referem-se ao fato de que um outro social media as relações humanas ao longo de todo o desenvolvimento humano.

As transformações em curso na chegada de um filho – principalmente do primeiro – dão destaque a certos aspectos das redes de significações da mulher que se torna mãe. (AMORIM; ROSSETTI-FERREIRA, 2004) Esta é a transição para a maternidade, um momento do ciclo vital de algumas mulheres com um “colorido” especial, durante o qual provavelmente emergirão novas significações e uma reorganização de papéis e de posicionamentos da mulher em suas interações.

## TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE

A transição para a maternidade envolve a reestruturação da identidade da mulher através da mudança e engajamento em responsabilidades e tarefas demandadas pela maternidade. Esta transição demanda aceitação do bebê, estando relacionada a um certo nível de satisfação pessoal, bem como a mudanças na relação com a família de origem e com o cônjuge/companheiro. (GRAÇA; FIGUEIREDO; CARREIRA, 2011) Kiehl e White (2003) reportam, por exemplo, que quanto maior é a adaptação da mulher durante a gravidez, melhor será sua adaptação às demandas após o nascimento do bebê e, assim, menor o nível de sofrimento e frustração.

A gestação e o nascimento de um filho podem levar a mulher a modificar padrões psicológicos internos. Ao mesmo tempo, reorganizam-se papéis e relacionamentos interpessoais. Como se pode perceber, trata-se de uma vivência psicologicamente complexa.

Ao nascer uma criança, emergem, simultaneamente, os papéis de pai e de mãe, (LOPES et al., 2005) considerando-se, especialmente, quando nasce o primeiro

filho. Ainda que todos os nascimentos de filhos sejam importantes e singulares, ao nascer o primeiro filho, é quando homem e mulher são inscritos, pela primeira vez, no mundo da parentalidade. Emerge, também, nesta mesma ocasião, um novo sistema de relações mais complexo do que a relação diádica do casal. Novos papéis, novas demandas, novas interações.

Em nosso contexto cultural, a mãe é a principal cuidadora durante o primeiro ano de vida da criança e, então, é sobre ela que recai maior responsabilidade. É ela quem assume e a quem se atribui grande parte do sucesso da sobrevivência e bem-estar do bebê. Apesar das transformações socioculturais também do papel paterno, espera-se que o pai e as demais pessoas apoiem a mãe, pelo menos no período inicial, para que ela desenvolva seu papel maternal de modo eficaz. Não é possível falar-se sobre maternidade sem inscrevê-la no quadro mais abrangente no qual um certo “padrão” de maternidade foi construído nas sociedades ocidentais (também chamadas industrializadas) e integra nossa matriz socio-histórica.

#### A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MATERNIDADE E CICLO VITAL FEMININO

De acordo com Trindade (1999), as mulheres parecem ter internalizado a ideologia da existência do instinto materno e do autossacrifício em nome dos filhos e da família, talvez porque, historicamente, ter adotado este papel conferiu à mulher um espaço definido que antes não existia em uma sociedade dominada pelos homens. Tal representação parece estar ainda hoje ligada aos valores culturais. As mulheres que não engravidam – por dificuldades, impossibilidades ou por opção – convivem socialmente com a imagem da desqualificação. (STEINBERG, 1996)

As funções sociais atribuídas ao papel materno englobam, muitas vezes, preocupações, conceitos ou crenças sobre os cuidados apropriados para um bebê, mas que se ampliam até a tarefa de educar alguém, vista como tendo uma dimensão de enorme responsabilidade. As mulheres podem experimentar esta grande demanda com expectativas, o que varia segundo suas características pessoais e modo de interpretar as experiências desde a gestação até o nascimento do/a filho/a. Se tais experiências forem consideradas positivas, isto pode ser vivenciado como uma preparação (ou treinamento) de um “estilo” de maternidade; se tanto a gravidez quanto a maternidade forem consideradas experiências normais, isto é, algo natural e esperado na vida da mulher, não serão fatores geradores de sofrimento ou ansiedade. Neste caso, evidencia-se a crença na existência de um “instinto maternal” ou na intuição, que ajudam a mulher na construção de seu papel de mãe.

Assim, ideais vinculados à maternidade e à gravidez são positivos e hegemônicos, associados ao mito da mãe amorosa e dedicada, (FORNA, 1999) responsável

pelo bem-estar psicológico e emocional da família (MCGOLDRICK, 1995) – o que Badinter (1995) denominou “mito do amor materno”.

A construção social da maternidade (FREITAS, 2002) é marcada por grande mudança na década de 1990, quando a mulher assume um papel de protagonismo – é a “mãe que luta” –, que Del Priore nomeia como “mãe enquanto lugar de poder”. Esta nova condição da mulher colocar-se socialmente e, mais especificamente, em relação à maternidade, implica em assumir o papel materno a partir de uma nova posição que se revela nas mais diversas formas, como assumir posturas de maior atividade, intervindo, opinando e criticando, ou, por outro lado, resistindo e se acomodando. (DINIZ, 1996) Em qualquer opção, essa nova mãe considera fundamentalmente seus pontos de vista e procura formas de se sentir mais satisfeita dentro das experiências.

## O ESTUDO

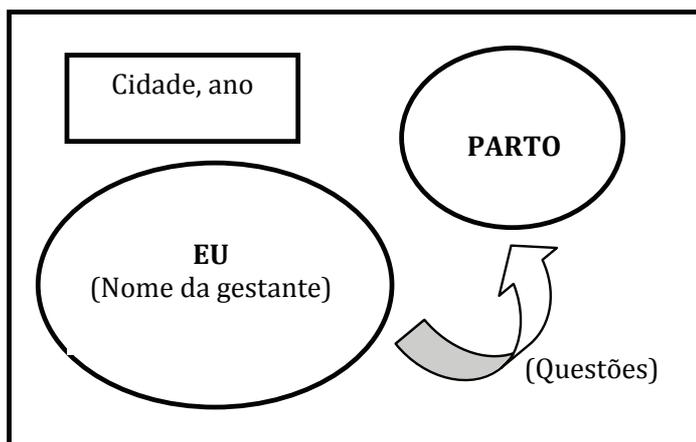
Certos fatores reconhecidamente contribuem para o modo como a transição para a maternidade é vivenciada pela mulher, como, por exemplo, a existência ou não do desejo da mulher em se tornar mãe; suas experiências anteriores em relação à maternidade (se ela é primípara ou múltípara; se realizou abortos; se teve – ou tem – problemas de infertilidade); se coabita ou não com o pai da bebê; se considera seu relacionamento conjugal satisfatório ou não; se dispõe de uma rede social de apoio. (LOPES et al., 2005)

No Brasil, a transição para a maternidade destacava-se como um tema para ser estudado no período entre 2003 e 2005, considerando-se o contexto de atenção e cuidado com a saúde da gestante/parturiente/mãe e do bebê, incluindo-se a atenção à família. Infelizmente, muito do que se observou naquele momento ainda permanece como uma realidade atual. Isto porque, além das questões subjetivas e familiares, já mencionadas, há outros elementos que, provavelmente, influenciam o modo como a mulher vivencia o parto, e que, provavelmente, repercutem sobre as significações da maternidade. Considere-se ainda que, no Brasil, as diferenças de renda, o acesso aos serviços de saúde e o nível de escolaridade têm interferência direta sobre essa experiência. (BORGES, 2005)

A pesquisa realizada foi um estudo de casos, descritivo e exploratório, que acessou as informantes em dois momentos: antes e depois do parto. (BORGES; BASTOS, 2011) Para conduzir as entrevistas antes do parto, utilizou-se a técnica de autoquestionamento ou “*Self-Q*”, desenvolvida por Michel Bougon (1983), mantendo-se uma estrutura que é apresentada na Figura 1. Seguiu-se a entrevista a partir das questões apontadas pelas participantes, suscitadas pela figura-estímulo.

Uma nova entrevista aconteceu com cada informante após o parto, enfocando-se os aspectos suscitados pela entrevista anterior.

FIGURA 1 – Diagrama adaptado do *Self-Q*



Fonte: elaborada pela autora.

Foram identificadas similaridades e diferenças ao se comparar as experiências das participantes, considerando-se o status socioeconômico, nível de escolaridade e qualidade da assistência à saúde durante gravidez, parto e puerpério, bem como os locais do parto (se em hospital público ou privado) e o tipo de parto realizado (se cesariano ou parto via vaginal). (BORGES; BASTOS, 2011)

No momento da primeira entrevista, as mulheres deveriam ter mais de 18 anos, estar esperando o primeiro filho, estar no último trimestre gestacional e cursando com gestações saudáveis. A faixa de renda das participantes variou de meio a 45 salários mínimos por família; as entrevistadas tinham relacionamentos estáveis (de dois ou mais anos) com os pais dos seus bebês.

Na segunda entrevista, os bebês tinham idade variando entre 27 dias e quatro meses de nascidos.

#### CARACTERÍSTICAS E COMPARAÇÕES ENTRE OS CASOS ANTES E DEPOIS DO PARTO

Neste estudo, de modo a respeitar o sigilo das participantes, seus nomes foram substituídos. Os nomes fictícios foram atribuídos considerando-se a escolaridade da entrevistada e a mesma inicial dos nomes foi adotada também para os nomes atribuídos aos maridos/companheiros e os bebês das respectivas participantes. Assim, os nomes com letra “A” indicam entrevistadas com curso de pós-graduação;

nomes com “C” foram usados para participantes com curso universitário completo; nome com “M”: a que não havia concluído o curso superior; nomes com letra “L”: concluíram o ensino médio; e a participante com nome começado por “V” tinha apenas o ensino fundamental completo.

Foram oito casos analisados, buscando-se identificar nas narrativas das entrevistas o que havia de singular e surpreendente, para ampliar o conhecimento sobre o fenômeno da transição para a maternidade; procurou-se também estabelecer aspectos em comum entre elas, inicialmente tendo-se como referência o status socioeconômico.

#### *Caso 1: Anna*

Anna tinha 35 anos na época da primeira entrevista. Ela e o marido eram procedentes de São Paulo e haviam se mudado há pouco tempo para Salvador, por causa do trabalho dele (em uma indústria da área metropolitana de Salvador). Anna e seu marido estavam casados há 10 meses. Ambos eram católicos e possuíam nível superior. Ele era engenheiro, 30 anos, e ela, pedagoga com pós-graduação, trabalhando em uma comunidade de baixa renda, em Salvador. A renda do casal estava em torno de 23 salários mínimos. Na primeira entrevista, Anna encontrava-se na 34ª semana de idade gestacional. Na segunda entrevista, Augusto tinha quase um mês. Anna preocupava-se em perder peso e estava atenta ao futuro do filho, mas também preocupada em como preservar uma boa relação com o marido.

#### *Caso 2: Amanda*

Amanda era enfermeira, trabalhava em dois hospitais, tinha 29 anos e encontrava-se na 35ª semana de gestação na primeira entrevista. O marido de Amanda, Antônio, tinha 34 anos, realizava trabalho administrativo; o casal possuía renda em torno de 15 salários mínimos. Estavam casados há oito anos. Amanda considerou que ela e o marido eram católicos, apesar de não serem praticantes. Suas questões diziam respeito ao trabalho de parto, modificação na dinâmica familiar e relacionamento futuro com a filha. Na segunda entrevista, a licença-maternidade de um dos empregos de Amanda terminara e ela estava de férias do outro emprego. Sua questão central era encontrar uma babá e assim ter mais tempo também para si mesma.

#### *Caso 3: Carla*

Carla, 29 anos, assistente administrativa, formada em Administração Hospitalar. Casada há seis meses com Cláudio, 44 anos, também com nível superior, servidor

público municipal. A renda mensal do casal girava em torno de oito salários mínimos e ambos eram católicos. Carla encontrava-se na 37ª semana gestacional na entrevista antes do parto; estava preocupada com reações do corpo e insegurança quanto ao parto normal, além do retorno ao trabalho após o nascimento do bebê. Na segunda entrevista, o bebê de Carla tinha 27 dias; ela descreveu seu cotidiano como “tranquilo” e estava se sentindo “mãe”.

#### *Caso 4: Clarice*

Clarice, 29 anos, estava na 32ª semana de gestação por ocasião da primeira entrevista. Era economista, negociava com comércio exterior. Casada oficialmente há um ano, mas morava há 4 anos com o marido, engenheiro consultor de um órgão federal, 39 anos. A renda do casal era de treze salários mínimos. Ela disse ser de religião espírita e o marido católico não praticante. Antes do parto, a única questão apresentada por Clarice dizia respeito às mudanças na casa após o nascimento do bebê. Os demais aspectos eram considerados “naturais” por ela. Já após o parto, a entrevistada relatou ter tido grande dificuldade na amamentação e estar entediada com a rotina doméstica, desejando retornar logo ao trabalho.

#### *Caso 5: Leila*

Leila, 26 anos, completara o ensino médio, estando na 32ª semana de gestação na época da primeira entrevista. Ela trabalhava como balconista na livraria de propriedade do namorado, com quem vivia há quatro meses, após quase quatro anos de namoro. Ele tinha 48 anos de idade e escolaridade de nível superior. Tinha três filhos do casamento anterior. Não foi informada a renda do casal. Ambos eram espíritas e residentes em uma cidade no interior do estado da Bahia. Antes do parto, Leila falou sobre o desejo do parto normal, apesar de certa insegurança diante desta opção; também relatou estar preocupada sobre como conciliar trabalho e criação do filho. Já após o parto, ela oscilava entre orientações médicas e populares nos cuidados com o bebê, tendo adiado planos de estudo e permanecendo sem trabalho naquele momento.

#### *Caso 6: Luzia*

Luzia, 20 anos, ensino médio concluído, era testemunha de Jeová. Namorava há dois anos quando engravidou e resolveu morar junto com o namorado há cinco meses. Na primeira entrevista ela estava na 33ª semana de gestação. O companheiro trabalhava na loja de aluguel de roupas de propriedade da mãe dele, onde Luzia

ocasionalmente auxiliava. A empresa tinha fluxo de caixa variável, e não havia um padrão de renda da família. Estavam satisfeitos por pagarem as contas em dia e estavam organizando a casa para onde iriam se mudar. Na primeira entrevista Luzia relatou inseguranças quanto ao parto, expressando medo da morte. Disse não estar adaptada à ideia de tornar-se mãe. O parto de Luzia foi difícil, segundo seu relato; vivenciava solidão e estava incomodada com as mudanças na sua vida, na segunda entrevista.

#### *Caso 7: Marina*

Marina, 26 anos, graduanda em Psicologia, 32<sup>a</sup> semana de gestação, casada havia três meses com um gerente de uma empresa de informática, de 33 anos, com escolaridade de nível superior. O casal se considerava católico, embora não praticante. A renda do casal girava em torno de 45 salários mínimos. Antes do parto, Marina preocupava-se com os procedimentos que poderiam ocorrer durante o parto, bem como com suas reações a tais intervenções, diante do seu desejo de autonomia no parto. Também falou sobre a responsabilidade que assumiria com a educação do filho. Após o parto, confessou estar em “luto”, devido à perda da identidade ocasionada pelo nascimento do filho. Preocupava-se com a saúde do bebê e com o futuro dele.

#### *Caso 8: Vitória*

Vitória, 18 anos, não concluiu a educação básica; fazia alguns serviços esporadicamente para ganhar algum dinheiro. O namorado tinha 25 anos, possuía o ensino médio completo e trabalhava como recreador em uma empresa. Ele já tinha um filho de três anos de outro relacionamento. O casal morava junto há um mês, embora os dois já namorassem havia mais de dois anos. Não tinham opção religiosa. A renda do casal não atingia meio salário mínimo. Na primeira entrevista, Vitória abordou a preocupação com o que poderia dar ao filho e a relação com ele no futuro, assim como se mostrou receosa com a relação entre eles e a família do namorado. Após o parto, Vitória estava completamente imersa na experiência da maternidade, o que se expressava por um olhar de contemplação e de plena intimidade com seu bebê.

## OS SIGNIFICADOS ACERCA DA GESTAÇÃO, PARTO E MATERNIDADE ANTES DO NASCIMENTO DOS BEBÊS

Comparando-se as entrevistas, foram identificados alguns significados compartilhados pelas participantes em relação à experiência da gravidez, às expectativas em torno do parto e à vivência do que entendiam ser a maternidade.

Assim, as mulheres entrevistadas descreveram a gestação como uma experiência normal e esperada, mas também situada entre algo “novo” e “misterioso”. Elas relataram estar passando por um período de incertezas, de muitas mudanças, por um lado, e, por outro, identificavam no nascimento do filho uma ótima oportunidade de crescimento pessoal.

Ter descoberto ou confirmado a gravidez foi uma surpresa para algumas participantes, embora também sentida como antecipada (havia algum planejamento), apesar de ainda ser vista como inesperada, rompendo uma idealização, isto é, a noção de que haveria um momento ideal para acontecer a gravidez. Mas parte das entrevistadas ressaltou que a gravidez fora planejada e, justamente por isso, disseram que sentiram muita alegria ao saber.

*‘Mas eu tinha que ter ficado grávida?! Meu Deus, que chatice’, sem censurar, sem um puritanismo, sem uma falsidade. E hoje em dia eu penso: ‘Que bom que eu fiquei grávida’.*  
(Anna)

[...] *Graças a Deus, eu tive apoio de todos eles – de minha mãe, minha sogra, do meu esposo –, mas não era realmente hora. Eu acho que teria que ter um certo tempo pra gente ter estrutura física, mental, financeira, tudo isso, entendeu? Porque é duro pra gente depender dos outros pra tudo, não estar trabalhando, ter de depender financeiramente, ter de depender... assim, de tudo pra tudo. Depender dos outros, entendeu? Aí não tava... eu nunca... não tava nos meus planos ter filho agora, mas é que tem que ter agora, é arcar com as consequências.*  
(Luzia)

As primeiras vivências da maternidade foram consideradas pelas entrevistadas complexas, ainda que muito positivas. Nas falas houve uma certa naturalização da maternidade, descrita como um acontecimento previsível na vida da mulher, mas também relacionado com a história de cada uma ou ainda com suas características pessoais (ser uma “mãezona” nas suas relações afetivas, por exemplo).

Segundo as participantes, a maternidade estaria relacionada com a preocupação com o bem-estar, educação e futuro do filho, associada a um sentimento de grande responsabilidade por ele, que passaria a ocupar um lugar de centralidade na vida da mulher.

A maternidade mudaria a relação da mulher com sua própria mãe, que muitas vezes passa a ser a sua principal fonte de apoio, seguida das amigas que já tivessem

tido filhos. Suas experiências poderiam ajudá-las a compreender e lidar com a gestação e o parto. Tais exemplos poderiam também dar orientações sobre como as referências sociais poderiam ser acessadas.

Além das “parcerias” formadas com mães, amigas e irmãs, a própria organização do espaço físico e do enxoval parece ter servido como recurso emocional para as gestantes, amenizando as expectativas relativas ao nascimento e aos cuidados com o bebê.

As entrevistadas se referiram a um incremento das preocupações com a saúde, destacando-se a percepção e cuidados com o corpo, que se acentuaram com o avanço da gestação, embora as orientações médicas muitas vezes fossem vistas como complementares, até mesmo em relação a crenças populares sobre a saúde da gestante. Algumas delas relataram um acentuado ganho de peso ao longo da gravidez.

As preocupações com o corpo durante a gravidez teriam sentido particular ao se considerar uma cultura como a que vivemos, na qual ideais de beleza e forma física seguem modelos quase inatingíveis, associados à atratividade sexual. Isto incomoda as mulheres quando estas não se sentem atendendo às exigências sociais suficientemente (BORDO, 1997) e, por isso, durante a gestação, as mudanças físicas podem acarretar grande insatisfação. Porém, por outro lado, tornar-se mãe (isto é, ser fértil e procriar) também é uma expectativa social e cultural importante, sendo a impossibilidade de ter filhos uma questão relevante, segundo Trindade e Enumo (2002). Caracteriza-se, então, como um período de grande ambivalência, durante a gravidez e mesmo após.

Dentre as preocupações com a saúde da mãe e do bebê na gestação, uma atenção particular recaía sobre a postura do/da obstetra no pré-natal, bem como sobre as dúvidas e inseguranças relativas à assistência médico-hospitalar, em especial na hora do parto. Sobre isso, pode-se observar na fala de Marina expressão de grande vulnerabilidade, ao contrário da tão desejada segurança diante do parto:

*[...] eu passei por três médicos, por insegurança, por medo na hora, que deu medo na hora... Mas aí todos esses três sempre colocaram pra mim: ‘Olha, a minha preferência é parto cesáreo’. ‘Por quê?’. ‘Porque você não precisa esperar entrar em trabalho de parto, não precisa esperar nada. Eu vou lá, marco a cirurgia, faço, ganho meu dinheiro e saio’. [...] Me senti prejudicada no meu direito de escolher. Na verdade, inclusive, um deles falou assim: ‘Ah, a gente só vai poder saber disso na última hora’. Eu já acho que... é... essas informações podem ser manipuladas. Os médicos podem falar: ‘Ah, você não pode, a gente tentou, mas você teve complicações na hora’. Ah, como é que eu vou ficar sabendo? Eu tou lá, toda vulnerável, entregue a ele... vou ter que me submeter a decisões médicas, né?’. (Marina)*

Ao aprofundarmos os significados atribuídos ao parto, percebemos que a relação com o(a) médico(a) obstetra durante o pré-natal e as expectativas sobre a assistência médico-hospitalar resultavam no entendimento do parto como um

processo imprevisível, cujo início, duração e sucessão de etapas acarretavam os sentimentos de vulnerabilidade, insegurança, medo da dor – e sofrimento, como consequência disso tudo. Poucas entrevistadas disseram não ter receio de sentir dor durante o parto, considerando-a suportável e não ameaçadora. Porém, os significados variaram em relação ao parto normal, se comparado com o parto cesáreo.

O parto chamado “normal” é o que acontece via vaginal e é associado à dor, sendo pouco controlável, percebido como responsável por ocasionar maior risco de morte (tanto da mãe quanto do bebê), o que gera mais sofrimento para a mulher, demandando que ela seja mais corajosa para encará-lo.

Por outro lado, o parto normal foi considerado o mais adequado para preparar a criança para chegar ao mundo, por ser um evento menos traumático para o bebê, além de ser mais saudável e também melhor para a mulher.

A seguir são reproduzidas algumas falas das participantes sobre o parto normal:

*O parto normal, ele prepara a criança pra vir ao mundo de um jeito também diferenciado, na medida que o parto cesáreo ele é muito agressivo, muito invasivo, tanto pra mulher como pro bebê. Então, assim, eu nunca vivenciei nenhuma das experiências, mas a minha intuição, o meu coração pede pra que seja um parto normal, pra que então eu possa ajudar meu filho a também chegar nesse mundo de um jeito diferente, com algo diferente. (Anna)*

*Eu preferia que fosse normal. Dizem que normal é bem melhor, a recuperação também é melhor, que cesárea é mais demorado, porque tem mais cuidado, e eu sei que eu não vou ter ninguém assim pra estar me ajudando. Por isso pretendo parto normal, a recuperação é bem mais rápida e eu vou poder fazer minhas coisas. (Vitória)*

*É justamente por não ter capacidade de não parir normal, por alguma coisa dar errado e eu morrer, o problema todo [...]. (Luzia)*

Já o parto cesáreo (ou “cesariana”) era visto como bastante previsível, controlável, capaz de evitar dor e sofrimento. Entretanto, a recuperação da mulher seria mais lenta, por se tratar de uma cirurgia, o que englobaria a preocupação com a anestesia, o desconforto no pós-parto e o distanciamento da mulher em relação ao bebê nos primeiros dias do puerpério.

*[...] eles primeiro deixam as pessoas sofrerem muito, pra depois fazer o parto, entendeu? Eles fazem cesárea no último caso. Você precisa sofrer muito; tem casos e casos. A gente não sabe como vai... não sei como vai ser comigo, mas... dão prioridade ao parto normal, e as pessoas sofrem muito antes de ter o neném [...]. (Luzia)*

*Mesmo sabendo que depois a recuperação pode não ser rápida, não é? Eu acho que depende muito do organismo da pessoa, do corpo. Mesmo assim, eu acho que na cesárea a dor vai ser mais suportável e, até mesmo, essa coisa da gente saber, né, os passos, como é que começa, como é que termina... E o normal é mistério mesmo, você não sabe... (Carla)*

Pareceu que o avanço tecnológico não modificara a percepção do parto, que foi apontado como inseguro, incrementando o sofrimento da mulher, sendo vinculado a suspeitas sobre as intervenções e sobre o uso inadequado de procedimentos pela equipe de assistência.

#### OS SIGNIFICADOS ACERCA DA GESTAÇÃO, PARTO E MATERNIDADE APÓS O NASCIMENTO DOS BEBÊS

Nas entrevistas após o parto, as participantes relataram como foram suas vivências, informando com frequência sobre a experiência de dor e sofrimento durante o parto ou no pós-parto imediato, especificando dificuldades e dores no início do aleitamento.

Também descreveram a intensa experiência carregada afetivamente no primeiro encontro com o filho, geralmente compartilhada com alguém mais – fosse o/a acompanhante do parto, o marido ou a própria equipe que dava assistência à parturiente. Das oito entrevistadas, apenas três conseguiram registrar o momento do parto, através de fotos ou de filmagens, com o objetivo de tentar eternizar um momento tão significativo para elas.

No que diz respeito à assistência ao parto, confirmou-se o que havia sido descrito pela literatura e era a expectativa de muitas entrevistadas: todas as mulheres que foram atendidas em hospitais públicos tiveram partos normais (três das entrevistadas); já nos hospitais particulares ou conveniados a planos de saúde, os cinco partos foram cesáreos, ainda que, em dois casos, tenha se tentado inicialmente o parto normal.

Nos casos em que o parto foi cesariano, a necessidade da intervenção cirúrgica foi justificada pela antecipação do trabalho de parto (ou seja, ter se iniciado antes da data prevista), ou por alguma avaliação da equipe que indicou este tipo de intervenção. A realização das cesarianas levou as mulheres entrevistadas a sentirem ter falhado em seu papel materno em relação ao bebê, ficando decepcionadas consigo próprias, pois fizeram associações às ideias de que o parto normal é o melhor para mãe e, principalmente, para o bebê. Por outro lado, algumas relataram também terem se sentido “aliviadas” por não terem passado pela vivência do sofrimento associado ao parto normal.

As participantes que tiveram seus partos em hospitais públicos apontaram terem percebido grande demanda para atendimento e equipe reduzida de profissionais, o que geraria, conseqüentemente, precariedade na orientação e no acolhimento da gestante e de suas famílias, aumentando o sofrimento delas.

*Desde a maternidade não tem muita ajuda, assim, não [...] Além da dor, o tratamento lá... Enquanto meu neném não corou, elas não tavam nem aí... Lam me deixar lá [...] Não tinha enfermeira nenhuma. Só tinha outra paciente que tava no soro comigo. Ainda foi ela que foi chamar a enfermeira!. (Vitória)*

Após o parto, as entrevistadas ressaltaram que a amamentação se revelou uma tarefa mais difícil do que imaginaram. Seus receios em relação ao próprio leite diziam respeito a ter quantidade e qualidade suficientes para sustentar o bebê. Poucas participantes conseguiram amamentar “de primeira”; a maioria sofreu até o bebê “pegar” a mama de um jeito certo, tendo que usar diversas “estratégias”, inclusive de conhecimento popular. Uma das entrevistadas relatou que teve fissuras profundas e outra teve mastite, ambas se referindo a um intenso desconforto para amamentar. Para as mães, faltou orientação e suporte em relação à amamentação.

*[...] Mas, assim, o único trauma que eu fiquei da maternidade... o único trauma que eu fiquei da maternidade... foi... é... o leite. Porque se você for me perguntar, a única coisa que eu não gostei... E as enfermeiras do hospital – pelo que eu conversei com outras pessoas, é tudo a mesma coisa! – elas fazem de um jeito que meu peito ficou com hematomas! [...] Foi muito triste! Aí eu falei assim: às vezes, tem mães que ficam tão traumatizadas que não querem mais dar peito... (Clarice)*

*[...] eu também não tive leite logo quando ele nasceu; só chegou leite depois de dois dias. Aí, diz que o colostro é que alimenta, né? Mas só que ficava, eu fiquei mais nervosa por isso: ele chorava e eu não tinha leite! Meu Deus do céu! Até mingau de café eu tomei! Disse que era bom pra chegar o leite! Com manteiga, tomei! Diz que não podia botar leite, não, [era] mingau de café com manteiga! Aquele café preto! Mingau de café, cuscuz, mingau de milho... E minha vizinha tava falando: ‘Eu também não fiquei com leite, não, mas eu tomei um comprimido e depois de duas horas o leite chegou!’. Aí eu: ‘Poxa, qual foi o nome do remédio?’ Ela procurou em tudo quanto foi lugar o nome do remédio e não achou. [...] Minha mãe que deu a ideia de tomar mingau, mas eu deveria ter perguntado ao médico, né? ‘Se eu não tiver leite, qual remédio que eu posso tomar pro leite chegar mais rápido?’. Mas eu nem me preocupei com isso. (Leila)*

As mães contaram que estavam assustadas com a grande dependência que o bebê tinha de um cuidador – no caso, elas próprias. Isto gerava insegurança, sendo as mães delas a principal fonte de apoio. No cotidiano, as tarefas de cuidados com o bebê foram diferentemente descritas como desgastantes e tediosas, mas também prazerosas e até tranquilas, segundo as entrevistadas.

*[...] graças a Deus, acho que mãe tem instinto, sabe, porque depois que passa aquele período de choque, no caso, aí depois a gente começa a conhecer a ‘manha’, o que [é] que precisa, o horário de tudo, de tomar banho, de comer, de... o que que tá sentindo, se tá sentindo frio, se tá sentindo calor, isso aí... tudo com relação a Luna que você quiser me perguntar... ela*

*começa a chorar, eu já sei o que é que ela quer, entendeu? [...] Eu quero dormir pra poder amanhecer... eu quero ficar bem, ter a noite tranquila, tudo direitinho, porque o desgaste, o dia todo – cuidar de filho, de casa, de comida, ter que dar conta de tudo o dia todo, entende – é muito desgastante. Chega a noite, eu quero descansar e dormir, e quando me acordam pra dar a mama, ô, meu Deus, só falto chorar. Mas eu brigo tanto, tanto, tanto! A gente briga mais por causa disso, porque ele fica falando: ‘Ô, Lu, dá um peitinho pra ela! Ô, Lu, acorda!’ Ela acorda três, quatro vezes na noite, toda hora pra mamar, e aí fica interrompendo, quando a gente acorda pela manhã que não consegue dormir direito, fica com a cabeça doendo, fica chateada, não consegue ter um dia bem [...]. (Luzia)*

## A VIDA PROFISSIONAL E RELACIONAL ANTES E APÓS O NASCIMENTO DOS BEBÊS

Nos primeiros meses de gestação não teria havido grandes alterações na atuação profissional das entrevistadas. Mas dependendo da importância do papel profissional para a mulher, a rotina de trabalho e estudos sofreu mudanças, em menor ou maior escala, sendo necessário um novo planejamento, reinvestimento ou adiamento de planos. Uma grande preocupação surgia em relação ao cuidador substituto para a mãe, quando esta retornasse ao trabalho, independente de qual importância tivesse o trabalho para ela. Foi uma preocupação comum a todas as entrevistadas.

No que diz respeito à dimensão relacional, as entrevistadas percebiam mudanças na relação consigo mesmas, como parte de sua autopercepção, bem como houve mudanças nas relações com os outros. Entretanto, tal transformação não foi considerada “radical”, isto é, as características psicológicas ou de personalidade das mulheres não se alteraram muito em relação ao que eram antes da experiência da maternidade, apenas algumas se acentuando ao longo da gravidez – e que continuariam após nascimento do bebê –, muitas vezes referidas como um “despertar” intuitivo e a emergência de um sentimento de amor incondicional, entendido por elas como a convicção de que poderiam e fariam qualquer coisa pelo seu filho.

A gestação fora vista como uma oportunidade (ou risco, dependendo de cada caso) de romper a relação existente entre a participante e sua família, uma vez que a rede familiar poderia oferecer suporte necessário e disponível, mas também ser foco de conflitos neste processo.

Por outro lado, após o nascimento dos bebês, as mudanças na rotina da vida conjugal foram abordadas diversas vezes, tendo havido maior ou menor integração com outras tarefas e papéis, variando caso a caso. Isto se deveu aos novos papéis e atribuições assumidos por cada membro do casal, o que demandava novos posicionamentos dos cônjuges em relação às tarefas domésticas, além dos cuidados com o filho recém-chegado.

A variação foi grande, dependendo da relação de cada casal; nem sempre se percebeu que os cônjuges estariam conseguindo adequar-se a tais mudanças, conforme era expectativa das mulheres entrevistadas, o que poderia, inclusive, distanciar o casal, ao invés de aprofundar ou estreitar a relação entre eles.

*É uma mudança, né? Mas, mesmo porque eu sou muito... eu era muito de... independente, autossuficiente. Às vezes eu fico até me cobrando se eu mudo, assim, de postura, sabe? Mas eu acho que a mudança vai ser quando nascer. Eu acho que eu vou perder um pouco meu... meu... meu.... Meu marido fala assim: 'Antes você era uma princesa, agora você vai ser a rainha, porque a princesinha vai ser nosso bebê'. (Amanda)*

*Ele não. Eu acho, assim, que determinados homens acham que assim é tudo meio virtual, né, porque ele não consegue sentir e eu não consigo sentir o bebê às vezes, porque ele não mexe, não me dá trabalho nenhum, só faz me pesar. Então ele, assim, ele bota a mão na minha barriga e o neném não mexe, ele não sente o neném mexer porque ninguém sente o neném mexer, porque ele não tá mexendo tanto. (Clarice)*

De modo geral, o casal estava mais focado no bebê, mais do que na própria relação conjugal. Houve poucas referências às mudanças na vida sexual do casal.

*[...] acabei concordando com a história de colocar o berço do Augusto [bebê da entrevistada] no meu quarto... Acho que a nossa relação de afeto, de carinho, ela é o que rega, é o que rege o nosso dia a dia... Mas já não somos mais só nós dois. A gente tem que dividir todo esse afeto, todo esse carinho com uma pessoa que precisa muito, que depende da gente pra tudo! Então a gente aproveita pra conversar enquanto ele tá dormindo, conversa bem baixinho... Porque geralmente a gente tá ali, a gente também tá se preparando pra dormir, pra aproveitar enquanto ele não despertar. Então a gente não ter os familiares aqui é uma consequência bem complicadora pra nossa relação, entendeu? Hoje, tá assim! Talvez mude daqui a mais uns quarenta dias... Agora só a gente indo pra frente pra ver como é que vai ficar. Vamos ver se a gente consegue, até pra poder sair, alguém que fique uma noite... porque é tão importante pro casal continuar regando a relação, até mesmo pra isso não ficar esquecido! Não é só de leite, nem de outras coisas, né? Então, assim, são cuidados que a gente vai ter que ter. Porque já se conscientizou que as coisas mudaram. Não somos mais um casal recém-casado, em lua de mel! Nós temos outras coisas pra fazer, outra pessoa pra se ocupar. Agora a gente tem que se ocupar do Augusto. (Anna)*

As entrevistadas disseram já ter percebido que os bebês já aparentavam ter seu próprio jeito de ser, o que influenciava na sua relação com eles. Mas a principal questão no momento da entrevista era “quem vai cuidar deste bebê?”, pensando sobre a necessidade de sair de casa, principalmente tendo que voltar ao trabalho.

A alternativa de ter uma babá foi considerada, mas não excluiria a necessidade de uma rede de apoio para “supervisioná-la”. Além disso, as entrevistadas tinham dificuldade em pensar em ter alguém estranho cuidando do bebê, o que levava à

dificuldade para encontrar uma pessoa, dificultando até que pensassem nesta possibilidade. Mais uma vez, as mães das entrevistadas eram vistas como principais referências; por outro lado, a opção da creche foi pensada para crianças mais crescidas, mais independentes.

A questão do trabalho (ou estudos) estava condicionada à necessidade de um cuidador substituto para o bebê. Isto resultaria da condição financeira de cada casal, bem como da colaboração da sua rede social, podendo haver prolongamento ou redução do tempo da licença-maternidade, interferindo diretamente no adiamento ou redimensionamento de planos profissionais ou de estudo.

## BUSCANDO UMA SÍNTESE

Ao analisar os conteúdos das entrevistas percebeu-se que, ainda que as experiências e histórias tenham sido tão singulares, existiam aspectos comuns aos casos, formando três grupos com características distintas entre eles. Assim, como uma tentativa de ampliar o entendimento das significações em torno da transição para a maternidade, considerou-se agrupar as participantes, compondo grupos tal como se segue:

O Grupo 1, formado pelos relatos de Amanda, Anna e Marina, enfatizava o papel profissional e persistia na tentativa de encontrar um ponto de equilíbrio entre este e o papel materno. Essas mulheres alternavam entre posicionamentos ativos e reflexivos nas suas falas, prezando pela construção ou manutenção de sua autonomia nas relações com os outros. Para as entrevistadas do grupo 1, a maternidade era vista como uma experiência positiva, mas também complexa. Sentiam as exigências e cobranças desta experiência, mas as aceitavam porque assumiram voluntariamente a maternidade. Elas desejavam e requeriam a participação ativa do marido, o que influenciava as interações do casal.

Constituíram o Grupo 2 Carla, Clarice e Leila. Estas mulheres possuíam em comum a crença de que a maternidade é da natureza feminina. Apesar da inserção no mercado de trabalho, a profissão não as definia ou suplantava a experiência de tornar-se mãe. Elas raramente assumiam posições reflexivas, considerando o outro como relevante nas suas relações sociais, seja como referência ou contraponto. As entrevistadas desse grupo confiavam no poder da intuição e/ou instinto maternos e contavam com a rede social para auxiliá-las a resolver os conflitos. O retorno ao trabalho implicaria em elevação do nível de preocupação pelo afastamento do contato com os filhos, mas se apoiavam na disponibilidade da família para ajudá-las.

Luzia e Vitória formaram o Grupo 3. Seus posicionamentos nas relações eram ora ativos, ora reflexivos, e em outros momentos tomavam como referência as experiências dos outros. Caracterizavam-se pelo afastamento recente das famílias de

origem, precisando lidar simultaneamente com diversos processos de mudança, em diferentes níveis e envolvendo várias relações. A autonomia e a independência dessas entrevistadas deram-se de forma compulsória – forçadas, compelidas de certa forma, pela gravidez inesperada. Isto levava à necessidade de constituir uma nova residência, com responsabilidade pelo próprio sustento, contando apenas com o apoio do companheiro, já que a sua rede social era pouco ativa e pouco efetiva para dar-lhes suporte. Tal situação foi considerada como tendo tanto aspectos positivos quanto problemáticos, variando de acordo com a forma como os envolvidos encaravam as dificuldades. Essas entrevistadas sentiam que a responsabilidade se concentrava sobre elas próprias, ao que procuravam adaptar-se. A falta de formação profissional das duas participantes restringia suas possibilidades de emprego e, conseqüentemente, suas condições socioeconômicas dificultavam ainda mais todo o processo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises realizadas, percebeu-se que significados, representações e interpretações se modificam na transição para a maternidade e podem influenciar os processos interativos.

Os “modelos” de maternidade são construídos social, cultural e pessoalmente, sendo difícil encontrar relatos que apontassem as restrições decorrentes da experiência da maternidade, prevalecendo uma visão mais positiva.

Nos discursos sobre gravidez, parto e maternidade, há uma oposição entre protagonismo e passividade das mulheres entrevistadas, sendo que gravidez e maternidade têm sentidos construídos acerca do papel materno e de si mesmas, levando à modificação de papéis e de posicionamentos.

Entretanto, um posicionamento mais “ativo” não significou maternidade “mais livre”, já que a autonomia era associada à sobrecarga devida à superposição de tarefas e demandas, com pouca partilha com outras pessoas, além das próprias mulheres.

Foram apontadas como implicações para pesquisas futuras a ampliação do número de participantes para estender a compreensão para outras condições socioeconômicas, de região de moradia e de diferentes condições psicossociais de modo geral, o que implicaria em incluir proporcionalmente mulheres em diversas situações sociais.

Os achados deste estudo poderiam colaborar para uma melhor assistência ao processo durante a transição para a maternidade, em especial nos cuidados pré e pós-natal imediatos.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, K. de S.; ROSSETTI-FERREIRA, M. C. A matriz sócio-histórica. In: ROSSETTI-FERREIRA, M. C. et al. (org.). *Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 94-112.
- BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.
- BORDO, S. R. O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. *Gênero, corpo, conhecimento*. Tradução de Britta Lemos de Freitas. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1997. p. 19-41.
- BORGES, A. P. V. *Significações durante a transição para a maternidade: a mulher antes e depois do parto*. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005. Disponível em: [https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/ana\\_patricia\\_borges.pdf](https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/ana_patricia_borges.pdf). Acesso em: 14 set. 2017.
- BORGES, A. P. V.; BASTOS, A. C. S. Meanings through the transition to motherhood: Women before and after childbirth. In: BASTOS, A. C. S.; URIKO, K.; VALSINER, J. (ed.). *Cultural dynamics of women's lives*. Charlotte: Information Age Publishing, 2011. p. 395-420.
- BOUGON, M. Uncovering cognitive maps: The Self-Q Technique. In: MORGAN, G. (org.). *Beyond method: strategies for social research*. Calif: Sage Publications, 1983. p. 160-172.
- BRUNER, J. S. *Atos de significação*. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- DINIZ, C. S. G. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod\\_resource/content/1/Assist%C3%Aancia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%Aancia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf). Acesso em: 17 set. 2017.
- FORNA, A. *Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime todas as mães*. Tradução de Angela Lobo de Andrade. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.
- FREITAS, R. de C. S. Família e violência: reflexões sobre as mães de Acari. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 69-103, 2002. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/psicosp/article/view/53502/57502>. Acesso em: 2 out. 2017.
- GRAÇA, L. C. C.; FIGUEIREDO, M. do C. B.; CARREIRA, M. T. C. Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*, Coimbra, Série III, n. 4, p. 27-35, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn4/serIIIn4a03.pdf>. Acesso em: 2 out. 2017.
- KIEHL, E. M.; WHITE, M. A. Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and United States. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Oxford, v. 17, n. 2, p. 96-103, 2003.

- LOPES, R. de C. S. *et al.* O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27476.pdf>. Acesso em: 3 out. 2017.
- MCGOLDRICK, M. As mulheres e o ciclo de vida familiar. *In*: CARTER, E. A.; MCGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 1995. p. 30-60.
- STEINBERG, S. Childbearing research: a transcultural review. *Social Sciences and Medicine*, [Oxford], v. 43, n. 12, p. 1765-1784, Dec. 1996.
- TRINDADE, Z. A. Concepções arcaicas de maternidade e paternidade e seus reflexos na prática profissional. *Interfaces: Revista Psicologia*, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 33-40, 1999.
- TRINDADE, Z. A.; ENUMO, S. R. F. Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 13, n. 2, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200010). Acesso em: 5 maio 2017.
- VIEIRA, A. G.; HENRIQUES, M. R. A construção narrativa da identidade. *Psicologia Reflexão Crítica*, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 163-170, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v27n1/18.pdf>. Acesso em: 5 maio 2017.



# 2

## MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA DA GRAVIDEZ E DO PARTO EM MULHERES BRASILEIRAS DE DIFERENTES GERAÇÕES

Ana Cecília de Sousa Bastos  
Luiz Fernando Calaça de Sá Júnior  
Julianin Araujo Santos  
Paulo Maciel Machado

No Brasil, é pequena a tradição de estudos transgeracionais, do ponto de vista da Psicologia. Há os estudos realizados pelo grupo da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto, por Zélia Biasoli-Alves e colaboradores, comparando a experiência de diferentes gerações em relação, por exemplo, ao ciclo de vida familiar. (BIASOLI-ALVES; SIMIONATO-TOZO; SAGIM, 2006; SIMIONATO-TOZO; BIASOLI-ALVES, 1998) Numa perspectiva sociológica, encontram-se estudos sobre envelhecimento, como os de Alda Britto da Motta (2010), na Bahia, ou o já clássico trabalho de Ecléa Bosi (1994), em São Paulo.

São necessários estudos que confrontem a experiência de diferentes gerações em relação a eventos de vida particulares. Aqui, a experiência analisada é o tornar-se mãe, e o evento considerado é o parto, assumido como um demarcador relevante na transição para a parentalidade. Ao falarmos de geração,<sup>1</sup> mais do que considerando a posição na estrutura familiar, estamos interessados nas mudanças sociais e experiências vividas coletivamente por determinados grupos – os quais são, segundo

---

1 Britto da Motta (2004, p. 350) mostra que a melhor alternativa seria a de recorrer ao entrecruzamento das perspectivas destacadas por Attias-Donfut, o que dá o sentido principal ao uso do termo “gerações”: “um coletivo de indivíduos que vivem em determinada época ou tempo social têm aproximadamente a mesma idade e compartilham alguma forma de experiência ou vivência”.

Barros (2006), produtores de uma memória coletiva. A conversação entre mulheres de diferentes gerações constitui-se em preciosa oportunidade do ponto de vista da narração reflexiva e partilhada – e mesmo reconstruída – dessa memória.

Ao se engajarem ativamente em um contexto comunicativo, mães e filhas tornam-se coautoras ou coconstrutoras de um novo conhecimento cultural. Bugental e Johnston (2000) observam que tais conhecimentos viriam “embutidos” em narrativas, as quais se colocam como mecanismos de socialização, cada geração modificando a herança cultural transmitida pela geração precedente, modificando, por conseguinte, o próprio sistema cultural. Wang e Brockmeier (2002) reconhecem igualmente esse valor socializador das narrativas ao enfatizarem o papel central que têm as práticas culturais de recordação autobiográfica na definição dos registros mnemônicos do sistema sociocultural como um todo, e em sua transmissão transgeracional.

Gravidez e parto mudam através das sociedades e a sanção social das práticas nelas envolvidas se faz mediante narrativas: “[o seu] poder não está no que é correto, mas no que contam.” (MILLER, 2005, tradução nossa)

Miller (2005), ao apontar ação social, historicidade, temporalidade e relação (alteridade, portanto) como dimensões da narrativa, chama a atenção para aspectos dinâmicos que a caracterizam. É através da construção e reconstrução dos relatos narrativos que são oferecidos aos eventos da vida unicidade e coerência. A vida humana é composta por ações que não levam a lugar nenhum, que não implicam uma ordem previamente posta. Pela construção e reconstrução da narrativa podemos, ativamente e retrospectivamente, impor alguma ordem, alguma inteligibilidade aos eventos da vida. Por outro lado, alguns eventos e algumas transições da vida podem desafiar esta habilidade de dar sentido à própria experiência. É o caso da transição para a parentalidade. O potencial para a descontinuidade de um relato narrativo está sempre presente. Através do artifício da reconstrução narrativa – isto é, a “revisitação” e reordenação das experiências passadas –, estes lapsos narrativos podem ser evitados e a continuidade pode ser mantida/ reconquistada. As narrativas são construtos interpessoais e inter-relacionais guiados por *scripts* culturais multifacetados e dialogicamente orientados. As “conversas de mulheres”, as trocas intergeracionais femininas, em particular, são conhecimentos passados ao longo da história e consistem num importante instrumento de construção cultural.

Neste estudo buscamos compreender como mulheres de gerações diferentes e de diversas classes sociais, em suas conversações, significam a experiência da maternidade: os significados emergentes das lembranças da gravidez, do parto e pós-parto. O estudo das transições familiares supõe uma ênfase sobre o papel das narrativas na construção de significados pessoais e culturais em torno de transições experienciadas no interior da rede familiar. Explora-se a memória autobiográfica em torno do

parto e a transição para a maternidade numa tentativa de articulação entre narrativa, *self* e identidade, situada tanto no nível macro, do sistema cultural amplo, como no micro, do ambiente narrativo imediato. Este é o foco privilegiado na pesquisa, estruturada num contexto de conversação aberta entre pares de mães e avós múltiplos.

Compreendemos o fenômeno da maternidade numa perspectiva semiótico-construtivista, que busca privilegiar alguns contextos culturais de construção e compartilhamento de significados: 1) o nível individual da vivência subjetiva da mulher, que percebe e experiencia as mudanças no corpo, as transformações de papéis, a aquisição de novos repertórios a serem assimilados diante da experiência de tornar-se mãe, além das próprias situações cotidianas; 2) a família (marido, pais e parentes) e a rede de relações interpessoais imediata (vizinhos, colegas de trabalho, etc.), que servem de suporte e primeiro referencial para a mulher grávida, onde são construídos os primeiros significados sobre a maternidade, são partilhadas crenças e práticas ancestrais de cuidado com o corpo na gravidez e com o bebê, após o parto, e se estabelece suporte emocional e afetivo para a mulher no período gestacional; e, por fim, 3) o sistema de saúde, onde é afirmado um discurso formal e hegemônico sobre cuidados e práticas, tendo como premissa o conhecimento científico e tecnológico e as políticas públicas de saúde.

Esses três contextos culturais variam ao longo da história, à medida que novas práticas e crenças são afirmadas e partilhadas, levando-se em consideração aspectos socioeconômicos, acesso a informações e recursos tecnológicos. Uma perspectiva transgeracional possibilita, dessa forma, uma compreensão transversal do fenômeno, ao englobar discursos diversos de mulheres de contextos e classes sociais diferentes, que partilham similaridades e diferenças importantes de serem levadas em consideração, para que se possa criar um quadro amplo e diversificado do que pode ser compreendido como a maternidade. Privilegiou-se, então, a história contada pelas participantes, suas lembranças e suas memórias de maternidade, e seus critérios subjetivos de seleção de cenas e fatos considerados significativos em suas histórias de vida.

## O ESTUDO

Ao entrevistar mulheres mais velhas (entre 60 e 84 anos), nós nos defrontamos com a força dessa experiência, que pode ser considerada de tal modo prenante (literalmente) que resiste à passagem do tempo e é narrada com uma riqueza de detalhes e reconstituição de ambiências e tempos realmente extraordinários.

Essa perspectiva tem como foco a experiência vivida e a construção subjetiva da maternidade, aproximando-se da psicologia cultural, narrativa e popular, proposta por Bruner (1997). Para esse autor, o princípio organizador da psicologia popular

seria narrativo, e não conceitual. Ele propõe que as narrativas seriam construídas apenas quando as crenças constituintes de uma psicologia popular fossem violadas e seu estatuto canônico sintetizaria não apenas como as coisas são, mas como deveriam ser.

Preliminarmente, foi feito um sumário quantitativo comparando as diferentes gerações quanto à vivência da gravidez e do parto, considerando, de modo especial, a assistência disponível para as participantes. Este sumário busca sintetizar alguns dos aspectos investigados através das entrevistas realizadas com as mulheres do estudo. Os dados foram extraídos das falas das participantes e digitados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), a fim de facilitar a compreensão dos relatos, obtendo tendências e localizando particularidades.

## COMPARANDO DIFERENTES GERAÇÕES

Foram realizados dois cortes: o primeiro, de acordo com a geração (a Geração 1 representando as mães mais velhas, de 60 a 84 anos; e a Geração 2, as mães mais jovens, entre 20 e 40 anos); o segundo, de acordo com a classe social (mulheres de classe média e de classe popular). Estes dois aspectos foram escolhidos apenas para exemplificar possíveis diferenças nas respostas a depender de características socio-demográficas das pessoas entrevistadas.

Note-se que as participantes do estudo se distribuem em diferentes grupos etários. Na presente análise, assume-se o critério de lugar de descendência para definir geração. (COUTINHO; MENANDRO, 2009) Ao considerar geração enquanto “coorte”, é importante ressaltar que mães e filhas entrevistadas estão distribuídas através de faixas etárias que variam dos 20 aos 80 anos de idade. Foi feita uma análise pelo número de respostas, utilizando-se o programa “*Multiple Response*” do SPSS. O número de participantes que abordou cada questão foi variado (pela própria estrutura da narrativa, que era semiestruturada). No total, trabalhou-se com um número de 90 entrevistadas, sendo 43 da Geração 1 (60 a 84 anos) e 47 da Geração 2 (entre 20 e 40 anos).

Os títulos presentes nas tabelas indicam os fatores investigados, aparecendo relatados apenas os grupos que registraram maior número de respostas, conforme indicado por análises descritivas no SPSS. A frequência representa o número de casos que fazem parte de cada grupo. O percentual toma como base o número válido dos casos, ou seja, é um percentual ajustado, excluindo os casos em que não foram emitidas respostas para a questão feita pelo entrevistador (*missing*). A sigla “NSA” pode ser traduzida como “não se aplica”, descrevendo os casos em que o fator investigado não foi mencionado pelo entrevistador, não sendo, portanto, oferecida resposta por parte das entrevistadas.

### *O período do pré-natal*

Os dados abaixo buscam descrever características referentes ao período anterior ao nascimento da criança, em especial no que se refere à assistência pré-natal.

TABELA 1 – Assistência pré-natal através das gerações

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL				
	Geração 1		Geração 2	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
Sim	26	60,5	40	85,1
Não	13	30,2	6	12,8
NSA	4	9,3	1	2,1

PROVEDOR DA ASSISTÊNCIA				
	Geração 1		Geração 2	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
Médico	17	39,5	31	66
Enfermeira	1	2,3	2	4,3
NSA/Outros	25	58,1	14	29,8

MODALIDADE DA ASSISTÊNCIA				
	Geração 1		Geração 2	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
Pública	10	23,8	14	29,8
Privada	7	16,7	18	38,3
NSA/Outros	25	59,5	15	31,9

Fonte: elaborada pelos autores.

A maioria das mulheres do estudo relatou ter tido acesso à assistência pré-natal no período da gestação. Esse percentual é consideravelmente maior (24,6%) para as mulheres pertencentes à geração mais jovem. Dentre os motivos dessa diferença, é possível citar um crescente estímulo por parte de discursos médicos e sociais para que mulheres grávidas façam o acompanhamento pré-natal. Das mulheres que tiveram tal acompanhamento, ele se deu principalmente através de consultas médicas (em 39,5% dos casos da primeira geração e em 66% dos casos da segunda). É preciso ressaltar, ainda, o aumento do acesso à assistência privada entre mulheres da Geração 1 (16,7%) e da Geração 2 (38,3%).

### *Práticas em relação ao parto*

A seguir são relatadas algumas características que descrevem o parto nas histórias das mulheres entrevistadas.

TABELA 2 – Informações sobre parto nas duas gerações

FONTES DE INFORMAÇÃO				
	Geração 1		Geração 2	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
Não houve	8	18,6	1	2,1
Família em geral	8	18,6	5	10,6
Médico	5	11,6	9	19,1
Mãe	5	11,6	4	8,5
NSA/Outros	17	39,6	31	59,7
PREFERÊNCIA PELO TIPO DE PARTO				
	Geração 1		Geração 2	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
Normal	16	37,2	20	42,6
Cesáreo	1	2,3	6	12,8
Não tem preferência	12	27,9	12	25,5
NSA	14	32,6	9	19,1
TIPO DE PARTO REALIZADO				
	Geração 1		Geração 2	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
Normal	34	79,1	30	63,8
Cesáreo	8	18,6	17	36,2
NSA	1	2,3	0	0
COMPLICAÇÕES NO PARTO				
	Geração 1		Geração 2	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
Sem complicações	20	47,6	20	42,6
Ausência de contrações/dilatação	5	11,9	6	12,7
Uso de fórceps	3	7,1	3	6,4
Outros	14	33,4	18	38,3

Fonte: elaborada pelos autores.

Quando perguntadas sobre as fontes de informação que lhes permitiram ampliar o conhecimento sobre como se caracteriza o momento do parto, é possível observar uma diferença considerável entre as mulheres da Geração 1, que afirmaram não ter tido nenhum tipo de fonte de informação (18,6%), e as mulheres da Geração 2 (apenas 2,1%). Outras diferenças foram percebidas também entre aquelas mulheres que afirmaram ser a família a maior fonte de informação (18,6% na primeira geração e 10,6% na segunda) e entre aquelas que disseram ter sido a mãe a maior responsável por difundir informações relativas ao momento do parto (11,6% e 8,5%, respectivamente). Essa tendência de decréscimo nos percentuais da Geração 1 para a Geração 2 se inverte quando se considera o médico como principal fonte de informação (11,6% na Geração 1 e 19,1% na Geração 2). Além de uma maior

influência do discurso médico nas gerações mais atuais, é possível notar que existe também um aumento do uso da internet para obter informações – embora não tenha sido um dos meios mais citados, a internet, junto a outras fontes, compõe a categoria “outros”.

Relatando suas preferências sobre o tipo de parto que deveria ser realizado, o desejo pelo parto normal se destaca em ambas as gerações. Apesar disso, é possível observar um aumento de 10,5% de preferência pela cesariana da geração mais velha para a mais jovem. Do número de partos efetivamente realizados, nota-se que foi feito parto normal na maioria das situações, embora um número muito maior de mulheres da Geração 2 tenha passado por um parto cesárea (36,2%) em relação à Geração 1 (18,6%). Isso se opõe ao desejo relatado por boa parte das mulheres em passar por partos normais, contrariando também o número de complicações no parto que justificariam a realização de uma cesariana – conforme é possível constatar na tabela, a maior parte dos casos não registrou complicação alguma.

#### COMPARANDO AS PARTICIPANTES DE ACORDO COM CLASSE SOCIAL

Os mesmos fatores já analisados são descritos aqui, mas dessa vez comparando os grupos de mulheres de classe média (N=52) e mulheres de baixa renda (N=39).

#### *O período pré-natal*

TABELA 3 – Assistência pré-natal conforme classe social

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL				
	Classe Média		Baixa Renda	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
Sim	45	80,4	27	65,9
Não	7	12,5	12	29,3
PROVEDOR DA ASSISTÊNCIA				
	Classe Média		Baixa Renda	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
Médico	30	53,6	22	53,7
Enfermeira	1	1,8	2	4,9
Outros	25	44,7	17	41,5
MODALIDADE DA ASSISTÊNCIA				
	Classe Média		Baixa Renda	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
Pública	8	14,5	19	46,3
Privada	21	38,2	5	12,2
NSA/Outros	26	47,3	17	41,5

Fonte: elaborada pelos autores.

Um total de 80,4% das mulheres entrevistadas pertencentes à classe média disse ter feito acompanhamento pré-natal. Esse número cai para 65,9% no grupo de baixa renda. Contudo, uma quase totalidade daquelas que falaram com que tipo de profissional o acompanhamento foi feito revelou que este foi realizado com um médico (53%). Além disso, 38,2% das mulheres de classe média realizaram acompanhamento em rede privada de atendimento, ao passo que 46,3% das mulheres de baixa renda realizaram acompanhamento na rede pública.

### *Práticas em relação ao parto*

TABELA 4 – Variáveis ligadas ao parto, segundo classe social

FONTES DE INFORMAÇÃO				
	Classe Média		Baixa Renda	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
Não houve	5	8,9	4	9,8
Família em geral	3	5,4	10	24,4
Médico	9	16,1	5	12,2
Mãe	8	13,1	3	7,3
Outros	31	56,4	19	46,3
PREFERÊNCIA PELO TIPO DE PARTO				
	Classe Média		Baixa Renda	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
Normal	29	51,8	11	26,8
Cesáreo	6	10,7	1	2,4
Não tem preferência	7	12,5	17	41,5
NSA	14	25	12	29,3
TIPO DE PARTO REALIZADO				
	Classe Média		Baixa Renda	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
Normal	33	58,9	36	87,8
Cesáreo	23	41,1	5	12,2
COMPLICAÇÕES NO PARTO				
	Classe Média		Baixa Renda	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
Sem complicações	18	32,7	24	58,5
Ausência de contrações/ dilatação	8	14,5	4	9,8
Uso de fórceps	6	10,9	0	0
Outros	23	42,1	13	31,7

Fonte: elaborada pelos autores.

Percebe-se que a maior parte das mulheres de classe média obteve informações relativas ao parto através de médicos (16,1%), ao passo que essas informações

foram obtidas em grande parte através de familiares para as mulheres de baixa renda. Ambos os grupos relataram preferir ter realizado partos normais, embora exista um índice 28,9% menor de mulheres da classe média que tenham passado por esse tipo de parto. Em oposição, analisando os escores das complicações no parto, é possível concluir que as entrevistadas de baixa renda tiveram um percentual bem maior de partos sem complicações (58,5%) – e como um correlato, uma frequência bem maior também de partos normais. Esse dado, extraído de narrativas de mulheres de diversas idades que olharam retrospectivamente para suas experiências, converge com o encontrado em estudo bem mais recente por Marianna Medrado Mendes (ver Capítulo 4 deste volume). A autora, ao analisar o protagonismo feminino na escolha pela via do parto, enfatiza também o posicionamento das mulheres de baixa renda, que vêm de uma cultura que valoriza o parto normal, o “dar à luz”, sendo possivelmente mais imunes ao impacto das tecnologias médicas – aspecto igualmente enfatizado por Lílian Reis em seu capítulo (Capítulo 10, neste volume).

Destaque-se que, no menor percentual de mulheres de baixa renda que relataram não ter preferências, possivelmente está o fato de que essas mulheres têm suas escolhas restringidas pela questão econômica; sabem que suas escolhas não serão respeitadas e que não têm como prever onde e por quem serão atendidas na hora do parto. Elas não têm controle sobre a assistência ao parto. Assim é que alguns relatos sobre, por exemplo, a dor do parto (ver Capítulo 3, de Viviane Mutti, neste volume) associavam a expectativa por maior ou menor intensidade de dor a fatores tais como a fase da lua ou o sexo da criança – aspectos sobre os quais não há controle algum nem protagonismo possível.

Tendo em vista as diferenças entre as participantes de diversas gerações e classes sociais, percebe-se que a experiência de gestação e parto pode até se assemelhar em alguns aspectos, mas não é a mesma para todas as mulheres entrevistadas. Na segunda parte deste capítulo, são as narrativas das mulheres que ocuparão o palco, evidenciando de forma mais clara e em cores esta diferença.

#### A MATERNIDADE COMO DRAMA NA CONSTRUÇÃO DE CENAS E ATOS PELAS MÃES EM SUAS NARRATIVAS

Ao propormos uma escuta para as histórias sobre a gravidez e o parto, evocando as lembranças de maternidade de mães e avós, institui-se uma demanda retórica: ao recorrer a diversos estilos, cores e formas de dar vida a sua experiência, evidencia-se o protagonismo das narradoras.

Murray (1986) considera que a construção de histórias compreende três dimensões principais: 1) o conjunto de eventos que são vistos como relevantes para a construção da vida, 2) os temas que fornecem coerência a esses eventos e 3) o tipo

de narrativa. As histórias não são contadas tal como ocorreram de fato no tempo passado, mas são reconstruídas, omitindo-se e acrescentando-se informações, re- vendo posições, de modo a constituir-se o ato narrativo num processo ativo, no qual a mulher que narra é autora de sua história.

Os fragmentos abaixo ilustram essa dinâmica. Todos os nomes citados a seguir são fictícios, sendo as participantes provenientes da classe média.

Fragmento 1: Dora, 47 anos, 3 filhos adultos. Sua narrativa traz o elemento trágico, na recordação de histórias de terceiros. Ela evoca “mitos” familiares presentes na experiência pessoal, ao assinalar tensões entre o passado e o presente.

*As histórias que eu ouvi, que marcaram a minha vida sobre parto, foram histórias horro- ras, **as histórias de minha mãe, do meu parto, quando eu nasci, e as histórias dessa tia que ela falou aí, que teve 7 partos, e dos sete nenhum filho viveu. Todos os partos ficaram feito a ferro, tirava a ferro, que era fórceps, né, e a criança não nascia e tinha o fórceps sem anestesia, [quando] tirava[m] a criança, saía toda arreventada. A que durou mais tem- po viveu só 3 meses. Então ela, a história dessa minha tia-avó se desenrolou toda em torno dessa questão da maternidade, que ela quis muito ser mãe, lutou muito, e todos os filhos morreram. Então aí desenvolveu um monte de doenças, um monte de traumas, não sabe, e mil grilos. Então as histórias que eu tenho de parto são essas, né, **mas agora interessante que isso não me afetou, não me... era pra eu ter ficado, assim, um pouco medrosa, né, mas não fiquei. Havia também [a história] da mulher de doutor, aquele médico [...]. Que a mulher morreu de parto. Uma coisa assim que abalou a cidade. Eu era menina pequena, mas eu estudei na mesma escola que os filhos estudaram, e aí um dia falaram essa história que ela morreu de parto. Minha mãe contou essas histórias da gravidez de minha tia-a- vó e ainda essa história do parto, quando eu nasci, então tudo foi assim muito dramático. Porque era assim **antigamente, né? Tinha duas vertentes: ou eram aquelas coisas assim naturalíssimas que as pessoas tinham em casa com a parteira, num instante e tal, ou então eram histórias escabrosas de mulheres que morriam ali lutando pra parir e não conseguiam, e as crianças morriam, não é?** Eram essas duas histórias.*****  
(Dora)

Fragmento 2: Sara, 47 anos, 2 filhos; Telma, 72 anos, 3 filhos. Ambas são de clas- se média. A narrativa é marcada pela sátira e pelo riso a partir da ruptura com a imagem canônica e sacralizada do parto, através do humor. Destaca-se o desvela- mento da história da mãe pela filha. No contexto conversacional, a narrativa é co- nstruída dialogicamente, através da mediação das falas, que evocam memórias e criam significados.

*E o que a senhora não falou com ele. Quando eu nasci, a senhora tava onde?.* (Sara)

*Eu tava no...* (Telma)

*Eu nasci em 25 de dezembro. Ela simplesmente estava bebendo. (Risos) Ela estava bêbada. (Sara)*

*Na hora que eu estava tendo as contrações, eu tava lá no IAPI na casa de Edmar, do finado Edmar, com contração. Aí eu: 'Ui, não aguento mais!'. Mas tava tão bêbada que não sentia mais, aí almocei, almocei, quando chegou de noite, aí minha tia, uma antiga tia, chamou aquela ambulância lá, que tem aquela ambulância no IAPI, né? [...]' (Telma)*

*Tive de ter criança na casa da aniversariante porque tava bebendo o dia todo. (Risos) (Telma)*

*A senhora ia esconder esse fato. (Sara)*

Fragmento 3: Carla, 43 anos, 3 filhos. Sua narrativa evoca o **suspense** e a crença no **destino**. É importante notar a autoria e o protagonismo da mãe que busca a legitimação da própria experiência, construindo e desconstruindo a regra canônica de parir no hospital. O discurso é **didático**, descritivo, transmitindo uma mensagem moral. Carla evoca a experiência para ela mais prenante, a do 2º parto.

***Qualquer hora do dia ou da noite isso [é] importante, você ter o telefone pra entrar em contato com ele [o médico], tá entendendo?** Porque, no meu caso, com Lucas [filho], ele [o médico] chamou atenção da pessoa da clínica que estava atendendo que não localizou ele, porque ela sabia onde ele estava. Ele estava em reunião. Então Lúcio [pai] viu ele chamando atenção. Foi errado ela não ter localizado logo, porque eu estava correndo risco. **Muito risco** ...então, no momento em que ele ia começar a fazer o parto, ligou pra casa do médico: 'ela não tem condição de ir [para o hospital]. Você venha ligeiro'. Você venha ligeiro'. Mas eles não acreditam. Ele só acreditou no momento que ele chegou, foi na hora que ele botou a mão na porta e eu falei: 'Entre, doutor, que a criança já está nascendo.' Foi o tempo de ele tirar o relógio e botar na cômoda. [...]  
depois de tudo que eu passei, não tenho nenhum trauma por isso, não. Tem sido muito bonito, muito bom, tanto é que a gente guarda essa recordação. Aí foi no momento em que ele, **tava tudo, assim, traçado**, ele queria cortar o cordão umbilical, pediu a Lúcio, porque ele veio desprevenido. Ele não... o médico não acredita no que tá acontecendo, ele só acredita no momento que ele vê. Aí foi que ele pediu, aí eu já dizia tudo aonde estava, parecia que eu tinha arrumado tudo para ser ali, mas não foi. Aí foi que Lúcio: 'Não, vou pegar', aí pegou a tesoura e Lúcio cortou. 'Você vai cortar o cordão'. Enquanto ele segurava Lucas, Lúcio cortou o cordão umbilical. (Carla)*

Nestes fragmentos, integralmente reproduzidos, evidencia-se, portanto, o **ato narrativo**, no qual as mulheres, autoras e protagonistas de suas histórias (re) constroem cenas vividas, utilizando recursos retóricos, estilos e convenções (sátira, comédia, tragédia etc.), que possibilitam conferir veracidade às histórias contadas. (MURRAY, 1986) O contexto conversacional permite a negociação a partir

da ruptura-confirmação de significados canônicos, culturalmente difundidos, e a coconstrução de histórias, quando há o compartilhamento de experiências. A interlocução entre entrevistadores e entrevistados permite a legitimação das histórias narradas.

#### A EXPERIÊNCIA NARRADA POR MULHERES DE DIFERENTES GERAÇÕES

A análise comparativa das narrativas de mulheres de diferentes gerações (considerando aqui apenas mulheres de classe média)<sup>2</sup> permitiu identificar algumas tensões que diferenciam suas experiências acerca da gravidez e do parto, ilustrando a presença de ambivalências e oposições acerca da maternidade, a exemplo de **natureza/destino versus escolha; tradicional versus tecnológico** (ou parto como evento familiar versus evento médico); **passado-presente; protagonismo versus não protagonismo; autonomia versus interdependência; mãe versus mulher; família versus trabalho**. Neste capítulo privilegiamos as narrativas que contrastam gravidez e parto como evento natural-familiar ou médico. Todas as participantes são aqui referidas através de pseudônimos.

##### *A primeira geração*

Um posicionamento comum entre as mães mais velhas é o de “grávida ou mãe natureza”. As mulheres que assumem tal posicionamento entendem que a gestação é um fenômeno intrínseco e inquestionável na vida de uma mulher, parte fundamental da sua existência feminina. No entanto, há muitas nuances nesse posicionamento. Mesmo dentro de uma mesma geração, parir não é igual para todas e se intercruza, em diferentes graus e formas, com o conjunto de tensões acima delineado.

Algumas mães declaram que engravidar, ter o parto (principalmente o normal, sentindo e suportando a dor) e cuidar de uma criança tornam a mulher “mais mulher”, algo como uma expansão da sua feminilidade.

*A gravidez foi planejada, porque eu já tinha dois anos de casada. Era nova. Via as outras terem filho. A gente quer ter também, né... De qualquer jeito, foi planejada, só não tinha, assim, grande experiência pra saber como era que ia ser, né, mas que veio a tempo, já era tempo. (Ermínia)*

.....  
2 Narrativas de mulheres de baixa renda aparecem nos capítulos de Lílian Reis e de Viviane Mutti, neste volume.

[...] receber um filho, pra mim, sempre foi uma esperança de dias melhores, de felicidade... Ave Maria! Me considerava a mulher mais feliz do mundo. Eu também sempre me senti muito feliz! 'Olhe, você tem coragem, Irene, de enfrentar?', porque o meu parto chamou atenção lá, o primeiro. 'Mas Irene, você tem coragem?'. Eu disse: 'Ô, meu filho, eu tenho vontade de ter oito!'. (Irene)

Queria doze filhos, meu marido sabe disso, e aí eu falava assim: 'Pra que ter um filho só? Eu queria ter dez.' Se eu tivesse que optar entre ter um filho ou dez, eu queria ter dez. (Rosa)

Não é que eu não quisesse ter filho, porque eu queria, mas eu queria espaçar, não queria assim pertinho do outro, como tive. (Emília)

Na fala de Ermínia, percebe-se que, mesmo frente a inúmeros constritores relativos a ter um filho em sua situação (ser nova, inexperiente), outros fatores foram mais importantes para a emergência de tal desejo. Nota-se que Ermínia considerava a gravidez um fenômeno natural na vida de uma mulher, principalmente após certo tempo de relacionamento conjugal, sendo algo gratificante e que traz amadurecimento à existência feminina.

Muitas mães fazem questão de salientar que, apesar das dificuldades por elas vividas, souberam encarar com força de vontade e determinação, trazendo uma valência positiva na conclusão dos seus discursos:

[...] mas acredite, Ana, que a gente chegou na Ribeira a pé. Saímos de casa a pé até um ponto que nos levasse pro Hospital da Sagrada Família... Nada, nada, nada. Não tinha taxi, não tinha ônibus, nós fomos de lotação, aqueles ônibus pequenos, e de repente apareceu outro que vinha não sei de onde, nem pra onde ia, e João Carlos [o marido] deu sinal. Ele parou e levou sem cobrar nada.

Eu não tive essa história de depressão pós-parto, não.

Nós chegamos lá, aí ficou aquela demora e o parto não ia pra frente, e não chegava a hora, mas eu me sentia tranquila, ansiosa que passasse tudo... Fiz grande esforço pra o parto ser com a parteira [portanto, gratuito], pois não tínhamos condições de pagar o médico. (Rosa)

A maioria destas mães, ao relatarem as suas relações com pessoas significativas em suas vidas (amigos, parentes, médicos), assumem um posicionamento de autonomia: diante de situações incertas, elas demonstram iniciativa e conferem os seus próprios significados aos eventos enfrentados, criando, assim, suas próprias agendas de ação – muitas vezes indo de encontro às sugestões de outras vozes externas, como foi o caso de Rosa.

'Olha, se você não quer que eu faça, você diga. Você tá assim todo calado.' E, então, ele [o marido] disse: 'é que eu fiquei pensando que você está grávida e vai enfrentar tudo isso, como é que você vai fazer o curso?' Eu disse pra ele: 'Se é por isso, deixe comigo. Não se preocupe que eu faço minhas coisas.'. (Rosa)

No caso de Irene, tomado como exemplo, era costume em sua época as mulheres sentirem-se acanhadas devido à gestação. Mas ela diz que não podia ter essa vergonha, uma vez que tinha que trabalhar: ela, então, foi de encontro a uma representação comum em sua época e mostrou-se em público grávida. Tal posicionamento aparece também noutras falas suas: “*Eu me lembro que, um dia, descendo a ladeira para fazer feira, dona A. disse assim: ‘Mas Irene, você ainda vai fazer feira, Irene?’ Eu digo: ‘Vou, dona A., não sinto nada’. A barriga enorme... segunda-feira o menino nasceu*”.

Na época em que nossas entrevistadas se tornaram mães, fica perceptível que os conhecimentos sobre a gestação, o parto, o casamento e sobre os cuidados para com os filhos se davam muito orientados pelo discurso do conhecimento popular. Não havia muita informação médica disponível, e a comunicação se fazia principalmente através da conversa presencial, e pelo relato de experiência de outras gestantes ou mães – algumas mães tiveram também a chance de presenciar processos de transição para a maternidade de outras mulheres, e outras tiveram acesso a materiais de leitura, por vezes postos como qualitativamente pobres em seu conteúdo.

*A lembrança mais forte que eu tenho [do pré-natal] é que minha mãe fazia eu tomar um purgante de óleo de ricino todo mês, era horrível, eu vomitava e ela fazia eu tomar outro... que era da minha inocência. Eu pensei que precisava mesmo, né, mas era coisa do interior, que não tinha precisão nenhuma.*

[...] *Aí não tinha assim contato com muitas pessoas da minha idade, que tava grávida, não. Só minha mãe de vez em quando dizia alguma coisa, ou a vizinha, dizia outras assim. Mas a gente nunca sabia que ia acontecer aquilo, pensa tudo diferente, a falta de orientação também nessa época, né? Os pais não conversavam nada com os filhos, não orientavam, não tinha livros que orientassem a gente [...]. As pessoas ao redor que moravam no interior também não tinham instrução pra isso, aí ficava na mão de Deus, Deus que ia resolver – como resolveu. (Ermínia)*

*Eu tirava o vaso de N. [uma parturiente que estava em sua casa] cheio de sangue, e tinha dez anos só. Tirava o vaso, derramava, lavava. Eu ajudava N. com a nenê pra por pra mamar, e ela ficou com o peito não sei como, e eu colocava óleo de copaíba no peito dele, com dez anos, então essas coisas aconteceram comigo, não é?*

[...] *Eu enchia minha mãe de pergunta, o que minha irmã não fez. E lia muito também. J. [marido] me deu uns livros no período de noivado e eu sabia como era o parto. (Rosa)*

*Eu lembro que tem uma pessoa na minha família, não sei se era da geração da minha avó, que ficou grávida e não sabia como ia nascer essa criança, por onde ia nascer.*

*O médico que me acompanhava, doutor N. Minha gravidez foi normal, acompanhada, tá compreendendo? Então eu sabia perfeitamente o que era o parto. (Irene)*

É ainda relatado na fala de uma das mães que não era prática comum se falar abertamente sobre tais temas entre as mulheres, o que representava um tabu:

*Não se falava tão abertamente assim, mas, de certo modo, fala mais que em outras famílias, ao ponto de seu R. dizer que ele gostava muito mais da educação de Dona M. [mãe], porque era uma educação menos cheia de tabu. Nós sabíamos das coisas e as outras meninas não sabiam. Da nossa família mesmo, as meninas de tia [...] não sabiam nada e não era pra dizer nada a elas. Olhe só um exemplo: [...] E. não sabia nem como ia ser o parto. Mas eu vou te dizer, minha irmã E. toda vida foi muito ingênua, então eu não sei como é que uma pessoa casa – como E. casou – e não sabia o que ia acontecer na noite. Depois engravida e não sabia como é que o filho ia nascer. Comigo não aconteceu isso. Eu sabia o que ia acontecer na noite, sabia como o filho ia nascer, sabia de tudo. (Rosa)*

Quanto ao discurso médico, em algumas entrevistas este aparece de forma sutil, quase inexistente, ou então ocupando uma posição de coadjuvante na orientação dos cuidados com a saúde – tanto da gestante quanto do bebê –, sendo o discurso familiar por vezes mais relevante, representado por figuras como a parteira, familiares ou amigos.

*[quanto ao parto hospitalar] Aí minha mãe dizia: ‘todo mundo tem aqui [em casa]’. Ninguém nunca morreu, por que é que você precisa ir pra lá? E era mais difícil, né? Não tinha carro pra eu ir toda hora, precisava ir atrás de carro pra vir, pra ir, porque não era pertinho. (Ermínia)*

*Até J. [o quarto filho] foi com a parteira. Ela ia consultar o menino, examinar [...] A gente às vezes se virava era com a parteira e não no médico. (Emília)*

Em outras entrevistas, o discurso médico faz-se tão importante quanto o discurso popular na doação de significados e direcionamento das ações. Como exceção, ocorre também de a mãe seguir outros discursos, mas o discurso médico pode ser posto como aquele que dá ou não validade ao argumento:

*Eu tinha assim: a orientação de parentas nossas que já tinham tido nenê, como é que faz, o que é que compra, como é que ajeita [...] todas nós temos que tomar água inglesa... Tinha essa história também, né? Todas vocês têm que tomar água inglesa, que ajuda a limpar o organismo... dizia minha mãe! Os idosos dizem isso, diziam isto, né? [...] porque no dia, o médico de plantão foi o que fez meu parto. Aí quando eu levei o histórico todo, ele: ‘ótimo, A., você é normal mesmo!’. Entende? Aí eu já pensei... eu gostaria que fosse normal e foi mesmo, até porque o acompanhamento todo eu já tava vendo que seria normal, e na hora que cheguei lá o médico: ‘não, vai ser normal mesmo.’ (Alice)*

## *A segunda geração*

Como um padrão nas mães múltiparas da segunda geração, aparece um forte amparo no discurso do conhecimento médico. O interessante é que as mães de primeira

geração (agora avós) também validam esse discurso, mostrando-se desejosas de que suas filhas tenham acompanhamento médico na gravidez e no parto.

*Ah, a gente ainda morava no interior, mas vinha pra cá, não confiava muito nos médicos do interior. Vinha pra cá, fazia o pré-natal direitinho nas épocas certas, exame de sangue, ultrassom.*

*É, assim, é das expectativas que você fala, né? Assim, a princípio, se for normal a gente vai preferir. A expectativa era que fosse, né, mas se tivesse que ser cesárea também eu já tava preparada. Eu já tinha me preparado pra uma coisa ou pra outra, o que tivesse que ser eu enfrentava numa boa, né. E aí quando eu comecei a sentir, a gente foi de madrugada lá pro hospital, né, e ele disse que não ia dar pra ser normal porque não tava tendo dilatação suficiente, e aí falou que era necessário fazer a cesariana e a gente resolveu que, se ele achou assim, aí a gente topou. E foi, graças a Deus, tudo bem. A recuperação foi excelente, não teve nenhum problema. (Mônica)*

*É, meu filho eu tive um médico só, foi doutor C. Ele acompanhou todo o processo. E minha filha, foi com a doutora E. Aqui em Salvador também, eu confiava, foi só com ela mesmo. Eu tinha uma relação de confiança com os médicos. (Evalda)*

*'Não, você está bem, não tem dilatação nenhuma, mas se você for ter esse menino no réveillon, eu vou cobrar em dobro.' E ele me deu todos os telefones de onde ele estava, não me lembro se tinha celular nessa época, mas me deu todos os contatos e recomendou ficar em casa de repouso, não fazer nada, e eu fiquei de molho, em pleno réveillon... Quando foi no dia três ele me mandou ir lá, isso era uma terça-feira. [...] Ele disse que seria melhor induzir o parto, pois já estava com pouco líquido e para a criança não sofrer seria melhor induzir. (Bianca)*

Neste âmbito, é um ponto em comum a todas as mães a informação do saber médico ser um importante guia semiótico frente às incertezas das inéditas vivências. Mesmo assim, nuances aparecem e o saber popular-familiar está presente em vários aspectos da experiência das entrevistadas, mostrando a convivência dos diversos sistemas de cuidado.

*Aí D. [marido] disse: 'Olha! Se você não quiser tomar [o anticoncepcional], não tome, não, porque esse negócio dá câncer. (Marcela)*

*Tudo, e era chá disso, chá daquilo...Eu fazia tudo que ensinavam. Pra uma doença tudo que ensinavam, pra coisa do umbigo tudo que ensinavam... (Evalda)*

O discurso popular continua a ser utilizado enquanto um meio de conhecimento válido na orientação semiótica das mães, no intuito de oferecer um melhor bem-estar ao bebê, mostrando-se amparadas em tal saber, sendo o saber médico, todavia, o mais valorizado. Em apenas uma das mães o discurso médico é seguido durante a gestação e nos primeiros cuidados ao bebê, sendo que após isso o saber popular é o grande doador de sentido às vivências de mãe:

*Assim, as dúvidas eu tirava com o pediatra, né? Lembro que na primeira consulta que eu fui já preparei lá uma relação enorme de perguntas. Ele: 'Não, relaxe, faça como uma índia. Ela segue seu instinto, sua intuição, você vai saber o que fazer, o que ela vai tá sentindo conforme o choro, você vai aprendendo, sua intuição vai lhe ajudar'.* (Mônica)

Assim, percebe-se que, no caso de Mônica, a voz da mãe, que traz em seu discurso os saberes populares sobre a prática de criação de filhos, é bastante forte. Em algumas das mães, a família e as suas crenças assumem um papel fundamental na doação de sentidos à realidade das mães, conseqüentemente direcionando as suas práticas: *“Eu me lembro bem de Mãinha dizendo: ‘não faça escândalo [no parto]. Não faça escândalo. Não existe dor no mundo que uma mulher possa suportar e outra não possa.”*. (Bianca)

Para voltar a ocupar algumas posições antigas, sobretudo no trabalho, algumas das mães tiveram que contar com a ajuda de alguns personagens importantes: empregados e familiares.

*É, mas aí eu dei [mama] quatro meses, mesmo pouco, complementando, mas eu dei quatro meses. E. [segunda filha] ficou mais tempo, mas eu não dava a ela direto porque eu trabalhava fora em Irecê, lembra? Eu ia pra lá, lá eu dava mama pra outros meninos e ela mamava em outra pessoa, mas eu continuei dando mama também algum tempo.* (Evalda)

*Quando as meninas eram pequenas eu trabalhava só um turno. Eu só trabalhava um turno e tinha M. [empregada de confiança] [...] Eu saía e M. ficava de manhã, e quando eu chegava na parte da tarde era toda pra elas, porque eu fazia questão de ficar brincando com elas e dar a merenda, lanche, mamadeira. De tardinha era M. que ficava com elas enquanto eu ia pra faculdade, eu fazia faculdade... e durante a noite era eu.* (Mônica)

*Aí [...] eu comecei a voltar pra vida de trabalho. Então, assim, fim de semana a gente ficava curtindo o neném, não tinha mais os mesmos programas de antes. E às vezes quando precisava ou queria ter alguma coisa assim, apelava pra vovó, ou então alguém ia ficar lá, mas não era mais – lógico! – com a mesma frequência.*

*Pois é, ele já estava com uns dois meses, eu ainda estava de licença, eu comecei a trabalhar. Eu tava trabalhando no consultório, mas eu não tinha emprego, tinha feito o concurso, mas tava esperando ser chamada.* (Bianca)

Em seus posicionamentos enquanto mães, as entrevistadas mostram-se portadoras de conhecimentos e tecnologias distintos dos das mães de primeira geração. Além do já citado acompanhamento médico, seguido à risca pelas mães, elas relatam a presença de cursos de gestante, livros, apostilas, óleos, exercícios de respiração. As principais fontes de informação, nesta perspectiva, eram o discurso médico e materiais de leitura, acarretando novas formas de se relacionar com a gestação.

## À GUIA DE CONCLUSÃO

As conversações em família favorecem a transmissão de tradições, valores, experiências acumuladas, padrões, mitos e rituais próprios da cultura familiar, criando uma identidade em constante movimento. (GRANDESSO, 2006) Nestas conversações também ecoam as vozes canônicas das narrativas sociais que oferecem e configuram os *scripts* que estruturam as narrativas familiares. (MILLER, 2005)

Nas narrativas aqui apresentadas, empreendidos num contexto transgeracional de conversação, com duplas de mães e avós, mãe e filhas – mulheres de diferentes gerações – se encontram e relatam suas experiências, crenças e aflições do período da gravidez e do parto, revivendo experiências, evocando emoções, construindo cenários e dramatizando enredos. A análise privilegiou aspectos retóricos e da experiência propriamente dita, selecionando fragmentos relevantes para ilustrar tensões e níveis de protagonismo que emergiram das narrativas das entrevistadas.

As narrativas representaram um espaço de expressão e confrontação de crenças populares e canônicas, criadas e transformadas através dos tempos, evidenciando, por um lado, as transformações culturais inerentes a cada geração, levando em consideração o contexto socioeconômico e cultural de cada uma, e, por outro, as complexidades e comunalidades que tornam o parto e a gravidez vivências de grande intensidade, singulares em sua expressão e recordação.

Portanto, mais do que demonstrar diferenças intergeracionais, o que se tem a partir dos casos é uma ilustração da ampla gama de vivências e significações que tornam gravidez e parto experiências dramáticas, fortes ao ponto de, mesmo narradas décadas após ocorrerem, mostrarem-se com grande centralidade e riqueza de detalhes que desafiam a passagem do tempo.

Nascer não é igual para todas as pessoas; engravidar e parir são experiências únicas para cada mulher. Aqui se expressam particularidades ligadas a histórias de vida e às diversas realidades socioculturais das entrevistadas, oriundas de diferentes gerações, níveis socioeconômicos (mesmo dentro de uma mesma classe social) e grupos étnicos.

O que se tentou abrir aqui foi uma janela para esta realidade complexa e multifacetada.

## REFERÊNCIAS

BARROS, M. M. L. de (org.). *Família e gerações*. Rio de Janeiro: FGV Ed., 2006.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M.; SIMIONATO-TOZO, S. M. P.; SAGIM, M. B. Valores e práticas – permanências e mudanças – estudo de famílias trigeracionais. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 26-31, jan./abr. 2006.

- BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- BRITTO DA MOTTA, A. A família multigeracional e seus personagens. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 31, n. 111, p. 435-458, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v31n111/v31n111a08.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.
- BRITTO DA MOTTA, A. Gênero, idades e gerações. *Cadernos do CRH*, Salvador, v. 17, n. 42, p. 349-355, set./dez. 2004. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/crh/article/view/18727/12100>. Acesso em: 12 jan. 2018.
- BRUNER, J. *Atos de significação*. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BUGENTAL, D. B.; JOHNSTON, C. Parental and child cognitions in the context of the family. *Annual Review of Psychology*, Palo Alto, v. 51, p. 315-344, Feb. 2000.
- COUTINHO, S. M. S.; MENANDRO, P. R. M. *A dona de tudo: um estudo intergeracional sobre representações sociais de mãe e esposa*. Vitória: GM, 2009.
- GRANDESSO, M. A. Família e narrativas: histórias, histórias e mais histórias. In: CERVENY, C. M. O. (org.). *Família e...: narrativas, gênero, parentalidade, irmãos, filhos nos divórcios, genealogia, história, estrutura, violência, intervenção sistêmica, rede social*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 13-29.
- MILLER, T. *Making Sense of Motherhood: a narrative approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
- MURRAY, K. Literary Pathfinding: The Work of Popular Life Constructors. In: SARBIN, T. R. (ed.). *Narrative Psychology: the storied nature of human conduct*. London: Praeger Press, 1986. p. 276-292.
- SIMIONATO-TOZO, S. M. P.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. O cotidiano e as relações familiares em duas gerações. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 14-15, p. 137-150, fev./ago. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v8n14-15/11.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2018.
- WANG, Q.; BROCKMEIER, J. Autobiographical Remembering as Cultural Practice: Understanding the Interplay between Memory, Self and Culture. *Culture & Psychology*, London, v. 8, n. 1, p. 45-64, 2002.



# 3

## A DOR DO PARTO: POSICIONAMENTOS E SIGNIFICADOS

Viviane Mutti

O processo de parto e nascimento se configura como um momento crucial na vida da mulher que se torna mãe, sendo inevitável a passagem da posição de gestante para uma nova posição que tem como tônica um contato diferenciado com a criança e, por conseguinte, importantes transformações em decorrência do enfrentamento de novas demandas e tarefas que se impõem com o nascimento de filhos.

É nesse cenário de transição que a dor assume relevância como um fenômeno atrelado ao processo parturitivo, seja como uma circunstância inevitável ou possível de ser evitada, permeando de forma marcante as narrativas das mulheres através de diferentes gerações e sociedades.

O parto geralmente é tema de muitas conversas familiares entre avós, mães, filhas e tias, e a dor, por sua vez, é um assunto recorrente nesse contexto de conversação. Dificilmente mulheres se reunirão para dialogarem sobre tipo de parto, circunstância, local de ocorrência, dentre outros tópicos relacionados, sem mencionarem o tema da dor. Os próprios fundamentos do cristianismo, por exemplo, concebem o parir como uma experiência intrinsecamente dolorosa; são comuns representações de base religiosa segundo as quais o parto só deve ocorrer com dor.

A dor do parto é reconhecidamente única e complexa (CALLISTER, 2003), esperada em quase todas as sociedades (JORDAN, 1993) e geralmente vista como uma das dores humanas mais intensas, (AGUILERA et al., 2009) não comparável a outras formas de dor.

Como fenômeno psicológico, a dor do parto é uma experiência construída subjetivamente em meio às constantes trocas realizadas com o contexto sociocultural do qual cada mulher participa. Assim, abarca tanto um nível intrapsicológico, pessoal, quanto um nível interpsicológico, coletivo, podendo ser sentida e significada de forma particular ao mesmo tempo em que é construída e compartilhada socialmente.

Com base nessa perspectiva, que traz como tônica tanto a singularidade da experiência humana quanto suas inter-relações com os enquadres coletivos, o presente capítulo tem como foco de discussão os significados coletivos e pessoais construídos em torno da dor do parto, assim como os posicionamentos assumidos pelas mulheres de diferentes gerações, dentro do contexto brasileiro de crescente medicalização do parto e da dor.

#### A CRESCENTE MEDICALIZAÇÃO DA DOR DO PARTO

O ritual do parto cada vez mais tem se transformado num ritual médico, no qual o cenário é o hospital e os procedimentos usuais são respaldados pelas novas tecnologias médicas e farmacológicas. Essas mudanças ressoam na maneira como as mulheres vivenciam o parto e a dor, pois fornecem um enquadre sociocultural em que o corpo, a conduta e a vivência da mulher são normatizadas conforme as convenções estabelecidas pela ordem médica.

A crescente medicalização do parto e, conseqüentemente, da dor a ele associada, tem sua origem, conforme Martins (2005), nas primeiras décadas do século XIX, quando o corpo humano passa a ser um objeto do conhecimento científico, configurando-se num cenário cada vez mais concreto e visível ao olhar médico.

No caso do Brasil, o ensino da arte do parto começou a partir de 1832, com a fundação das escolas de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, tomando como modelo a obstetrícia francesa em formulação e ainda sob a autoridade das parteiras nas salas de parto. (MARTINS, 2005) Já a institucionalização médica do parto no Brasil, mais propriamente, teve como marco a criação de políticas governamentais voltadas para a proteção à saúde materno-infantil na década de 1920, com a reforma sanitária de Carlos Chagas, a qual sofreu numerosas modificações ao longo do tempo. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005)

Nesse sentido, a crescente medicalização do parto e da dor, como discurso canônico dentro da nossa sociedade atual, traz, necessariamente, mudanças nas circunstâncias do parto e na maneira de vivenciar a dor.

É com base nessa tendência à busca de um controle tecnológico sobre a dor que vem se desdobrando uma variedade de atitudes, influências sociais e sentimentos que favorecem o uso de recursos para o suposto alívio da dor.

Se antes a dor era considerada uma condição inevitável na cena do parto devido a todo o processo fisiológico implicado na preparação do corpo da mulher para o nascimento do bebê – contrações uterinas seguidas da dilatação do colo do útero e do estiramento tanto do solo pélvico quanto da vagina (AGUILERA et al., 2009) –, hoje, com o advento de novas tecnologias, a dor é passível de ser minimizada ou até suprimida.

Recursos analgésicos e anestésicos entram em cena e vêm contribuindo para uma maior possibilidade de controle médico da dor, embora o acesso a esses recursos assuma diferentes contornos na assistência médico-hospitalar dentro dos âmbitos público e privado.

Há que se ressaltar, também, que o uso de novas tecnologias não garante um parto indolor. Um exemplo disso está em alguns procedimentos médicos que visam a acelerar o processo de parto, mas que podem culminar na intensificação da dor. Nesse sentido, a experiência de dor no parto pode ser “[...] amplificada por rotinas como a imobilização, o uso abusivo de ocitócitos, a manobra de Kristeller, a episiotomia e a episiorrafia, entre outras.” (DINIZ, 2005, p. 635)

De qualquer forma, gerações de mulheres mais novas podem vislumbrar, em alguma medida e de acordo com sua condição socioeconômica, o uso de recursos tecnológicos no enfrentamento do processo parturitivo, o que não era possível para mulheres mais velhas.

Em contrapartida, isso não significa que as gerações anteriores eram desprovidas de recursos para lidar com a dor oriunda do parto. Sem o aparato médico atual presente nas grandes redes hospitalares de assistência à parturiente, as mulheres valiam-se de saberes e práticas populares, transmitidos nos contextos familiar e comunitário, que contribuía para o manejo satisfatório da dor do parto.

Diante dessa perspectiva, na qual ressaltam-se as mudanças trazidas pela crescente medicalização da dor do parto, percebe-se o que Martin (2003) chamou de tecnologias internalizadas de gênero, ao ressaltar que a mulher aprende a se comportar como mulher de acordo com o que é considerado canônico na sociedade, e o lidar com a dor também obedece aos *scripts* socioculturais do contexto no qual cada mulher vive, o que interfere em sua experiência de parto e de dor.

## UM ESTUDO COM MÃES DE DIFERENTES GERAÇÕES

Para exemplificar e melhor compreender as experiências sobre a dor do parto nesse contexto de crescente medicalização, serão utilizados dados extraídos de um estudo com mães de diferentes gerações dentro de uma mesma família, no qual foram analisadas suas narrativas sobre a experiência da dor do parto, seus significados e

os posicionamentos assumidos por cada mulher em diferentes dimensões dessa experiência. (MUTTI, 2010)

As participantes do estudo foram mães multíparas adultas e suas respectivas mães, totalizando onze mulheres. Para este capítulo, contudo, foi feito um recorte que focalizará apenas nas narrativas de um núcleo familiar composto por uma avó e duas mães, com diferentes inserções profissionais e renda acima de 12 salários mínimos. Por motivos éticos foram utilizados pseudônimos. Segue-se abaixo a caracterização sociodemográfica.

QUADRO 1 – Caracterização sociodemográfica das participantes

	IDADE	NATURALIDADE	ETNIA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	BAIRRO/ LOCAL ONDE RESIDE
Elisa	80	Cidade de médio porte, CE	Branca	Viúva	Ensino médio	Dona de casa	Sítio, zona rural, CE
Maria	56	Cidade de médio porte, CE	Branca	Viúva	Ensino superior	Pedagoga	Garcia, SSA
Laura	41	Cidade de médio porte, CE	Branca	Casada	Ensino superior	Dentista	STIEP, SSA

Fonte: elaborado pela autora.

Vale destacar que as irmãs de geração mais nova têm entre si mais de dez anos de diferença, o que trouxe diversidades importantes quando consideramos como pano de fundo um contexto de crescente medicalização. As entrevistas foram realizadas em circunstâncias de conversação dentro do contexto familiar do qual fazem parte, de forma a valorizar as ideias e concepções de cada mulher, bem como para facilitar o processo de significação de suas experiências.

## AS MULHERES E SUAS NARRATIVAS SOBRE O PARTO

Notou-se uma preponderância da voz da geração mais velha durante o transcorrer de toda a entrevista com este núcleo familiar, dando a impressão de um respeito à figura materna através das gerações, uma valorização de suas histórias e experiências. Outra característica que marca a singularidade desta entrevista é o relato rico de Elisa sobre o parto de cada um de seus nove filhos, ainda que a solicitação tenha sido para tomar como parâmetro o primeiro. Cada parto, um parto, com suas especificidades e vicissitudes; não houve um nascimento igual ao outro e isto parece estar marcado em sua memória autobiográfica.

Elisa conta que sua primeira gravidez não foi planejada e, com apenas um mês de casada, já estava grávida, o que não lhe agradou muito. Costumava utilizar o

método anticoncepcional conhecido por “tabela”, o que não evita engravidar, pois “a pessoa faz, faz e engravida. Eu tive vários filhos de tabela”. Segundo ela, isso não significa que não quisesse ter filho; apenas seu desejo era que houvesse um intervalo temporal maior entre um filho e outro. A censura social naquela época sobre a sexualidade da mulher também estava presente, pois relata o acanhamento que as mulheres tinham quando ficavam grávidas, o que não foi diferente com ela: “O que eu fazia era apertar, me enrolar, me apertar pra ninguém saber. Eu tive um aborto que estava no terceiro mês e nem G. [o marido] sabia [...]”. Apesar disso, conta que gostou de ter engravidado e que aos poucos foi deixando de ficar envergonhada por estar grávida: “depois que todo mundo já sabia, não me importei mais, não...”.

Já Maria utilizou durante pouco tempo pílula anticoncepcional, e logo suspendeu o uso, pois tinha o desejo de engravidar, o que aconteceu com três meses de casada, deixando-a muito feliz. Ao todo, teve duas filhas. A vivência de Laura, nesse sentido, diferiu da de sua irmã, uma vez que esta não ficou muito tranquila durante as suas gravidezes, pois seu marido é seu primo de primeiro grau, o que era encarado como um fator de risco gerador de preocupações. A despeito de suas preocupações, seus dois filhos nasceram saudáveis. No que diz respeito ao período do parto e do pós-parto, tanto Maria quanto Laura puderam contar com o apoio da mãe, da avó e de outros familiares que vinham do interior de outro estado, ou que residiam em Salvador.

Os quatro primeiros partos de Elisa foram assistidos por parteira na casa de sua mãe; apenas seus últimos filhos nasceram em maternidade, mas todos foram partos via vaginal. Os recursos de que dispunha eram mais relacionados ao seu entorno familiar e às visitas da parteira do que ao sistema formal ou profissional de saúde:

*Nada! Não teve pré-natal. Quando eu via que estava grávida, um mês, dois ou três, é que ia ao médico e, depois, pertinho de descansar, eu ia de novo. Depois, aí ele marcava o tempo, mais ou menos [...]. A gente às vezes se virava era com a parteira e não com o médico. (Elisa – 80 anos)*

Os partos de Maria também foram via vaginal, porém todos em hospital privado. Já Laura, a mais nova das entrevistadas, passou por duas cesarianas em hospital privado. Em geral, o nascimento dos filhos é descrito por sentimentos positivos, como um momento de alegria para ambas as gerações. Como sinaliza Elisa, “A alegria é grande na hora que tá nascendo o menino”, o que é compartilhado por sua filha Maria, ao posicionar sua experiência em relação às experiências de nascimento na família:

*Minha experiência era assim, era aquela alegria com o nascimento do menino. Na família toda minha experiência sempre foi essa. Nunca a gente teve uma experiência negativa na*

*família. Eu acho que é assim, parto era um momento de festa. Tanto é que eu estava dizendo que, na gravidez de E. [primeira filha] eu nunca imaginei assim, que essa menina pudesse nascer com defeito, nunca dormi pensando nisso, nem acordei... acordava mesmo era pensando naquela curtição, a chegada do neném. (Maria – 56 anos)*

Já os partos de Maria e de Laura, por acontecerem em ambiente hospitalar, trazem a presença preponderante dos profissionais de saúde no momento do parto em si, especialmente quando se trata de cesárea:

*Agora, de B. [filha caçula] foi no A. [hospital particular]. Só V. [obstetra e amigo] e a mulher de V. que eu não conhecia, e M. [prima ginecologista] não tava ali, não tava nada. Tudo fechado, B. não chorou, foi preciso dar umas palmadas nela, uma agonia. Foi uma morte aquilo!. (Laura – 41 anos)*

Evidencia-se, aqui, certa descontinuidade entre as gerações no que diz respeito à rede de apoio e à própria escolha da mulher quanto à permanência de outras pessoas significativas no momento do parto, pois a instituição hospitalar restringe a presença de acompanhantes por entender que eles podem interferir de maneira negativa nos procedimentos médicos. Quanto ao tipo de parto, todos os filhos de Elisa e Maria nasceram via vaginal. A escolha por cesárea nem era colocada, não era um recurso disponível naquela época. O usual era ter parto via vaginal e as expectativas dessas mulheres eram nesse sentido:

*Eu pensava, a gente tinha até medo, e dizia: ‘ai, meu Deus, tomara que não seja cesárea!’. ...o natural era o [parto] natural. Então, assim, naquele tempo todos tinham normal, não era só eu. Muitas pessoas tinham normal, então o normal era ter normal. (Maria – 56 anos)*

Quanto às circunstâncias do parto em contexto hospitalar, ainda que por via vaginal, chama a atenção a submissão da mulher às condutas da equipe de saúde, chegando ao ponto de serem feitos procedimentos médicos sem o respectivo conhecimento da parturiente, a qual relata não ter percebido quando a criança nasceu:

*Eu quase nem percebi quando E. [primeira filha] nasceu, porque eu fiquei tanto tempo esperando que eu já estava assim que não aguentava mais. Eu estava de um jeito que não aguentava nem falar. Aí talvez por isso mesmo de não externar a dor que eu estava, quando a dor chegou eu já não aguentava mais, e quando me levaram pra sala de parto teve que me dar uma... não sei se foi uma meia anestesia, não sei, mas teve que me dar alguma coisa que o médico ficou ajudando, porque a menina não baixava, e ele ficou ajudando, apertando aquela barriga, aquela confusão toda. Tanto é que quando nasceu eu já estava quase desfalçada. Eu nem percebi a hora em que E. nasceu. (Maria – 56 anos)*

Além disso, na vivência de Maria, o contato com o recém-nascido logo após o parto foi restrito: “Eu me lembro que [no parto] de B. [segunda filha] a enfermeira

*estava ali, eu acompanhando a menina com o olhar e elas dizendo que era menina e tudo, mas nem uma preocupação de vir trazer pra mãe”.*

Por outro lado, mesmo que em tempos mais recentes a cesárea seja um recurso disponível, esta pode não ser necessariamente uma escolha por parte da mulher, posto que existe pouca clareza quanto à suposta opção pela cesariana, como já foi problematizado. No caso de Laura, por exemplo, a decisão da realização de cesárea em seus dois partos partiu de indicação médica, em suas próprias palavras: “*porque eu tive varizes e V. [obstetra e amigo] disse que eu não podia fazer esforço*”. Ainda assim, complementa sua fala com uma avaliação negativa dessa escolha, embora fosse também pautada em sua própria vontade, por medo da suposta dor oriunda do parto via vaginal:

*[...] Eu acho que os meninos chegaram bem antes da hora, tadinhos... Devido ao medo e à pressa da mãe. B. [filha caçula] deu trabalho pra chorar; foi uma agonia que senti. [...] Eu acho que a bichinha apenas não esperava, ninguém tinha lhe avisado. [...] Eu achei ótimo quando o médico me disse que eu tinha varizes na vagina e isso contra-indicava um parto normal. Uma justificativa médica era tudo que eu precisava pra fingir que era corajosa e o organismo é que não ajudou, e, pra muita gente, eu usei essa desculpa... (Laura – 41 anos)*

Percebe-se que, apesar da aceitação da indicação médica, sem a solicitação de maiores explicações quanto aos motivos mencionados, o que parece ter tido maior influência foi a tentativa pessoal de se esquivar da dor. Laura reflete, ao narrar, aspectos negativos da opção feita, relembrando seu mal-estar e preocupação diante da demora do choro da filha. Também há evidências de que o discurso médico ocupa um lugar de grande importância e aceitação na sociedade, uma vez que a justificativa de varizes para a realização do parto cesáreo funcionou como um recurso conveniente para lidar com as expectativas sociais.

## POSICIONAMENTOS QUANTO À DOR DO PARTO

Nas experiências de parto da primeira geração, as vozes dominantes são as pessoais e as familiares, sobretudo as das mulheres. A voz médica surge de maneira coadjuvante e com menor expressividade. Observa-se também o recurso a crenças religiosas. Os posicionamentos de Elisa, em relação ao parto, parecem ser, em geral, negociados. Contudo, sua voz pessoal se encontra mais ativa que as outras vozes coletivas, principalmente nos partos feitos em casa e com parteira. Há indícios de uma prevalência da voz pessoal e de posicionamentos reflexivos em sua narrativa, sugerindo maior apropriação de sua experiência, o que, por sua vez, pode indicar maior protagonismo no processo do parto:

*Aí eu rezava e dizia que eu não queria dizer nada [ao marido], que era pra ser feliz nesse parto. Então eu rezava que era pra Nosso Senhor me ajudar, mas sozinha na sala, caminhando, assim, de um lado pro outro. Aí eu me deitava assim no quarto... aí quando eu comecei a tremer, aí eu fui pra cama e foi questão de uma hora... (Elisa – 80 anos)*

As vivências mais recentes de parto em hospital se caracterizam de forma significativa pela predominância de vozes relacionadas ao saber médico, ainda que haja outras vozes coletivas, como a familiar. A seguinte fala ilustra essa questão, pois traz uma avaliação entre as diferentes inserções do saber médico ao longo do tempo:

*Engordei bastante de E. [primeira filha], porque não tinha esses cuidados todos do pré-natal; tinha o pré-natal, mas os médicos não exigiam da gente regime e não sei o quê... Pesava, mas não dizia que a gente estava muito pesada, não tinha essa história. Eles olhavam mais o tamanho do nenê, se tava tudo bem, essa coisa toda. (Maria – 56 anos)*

Nesse sentido, os posicionamentos assumidos pela geração mais nova parecem, de forma geral, ser menos ativos, ou seja, parece haver uma menor participação da mulher nas decisões relacionadas ao parto, diferentemente da geração mais velha. Por outro lado, as próprias reflexões trazidas por Laura no momento da narrativa em que repensa o fato de ter agendado uma cesárea demonstram uma posição mais protagonista: “*Eu acho que os meninos chegaram bem antes da hora [...] e se a menina não prestasse?! Eu já tinha escapado uma vez...*” [uma referência à preocupação de seus filhos nascerem com algum problema devido ao fato dela e seu esposo serem primos de primeiro grau]. Mais adiante, complementa: “*Se tivesse a maturidade de hoje, teria tido paciência pra esperar os sinais, desde, é claro, que me garantissem a cesárea de imediato*”.

A preferência de Laura pela cesárea é clara, mas nota-se um arrependimento em relação ao agendamento do parto, uma escolha médica acatada por ela, que temia a dor, mas que talvez fosse diferente caso existisse uma maior problematização dessa opção, tendo em vista seu receio quanto ao fato dos filhos nascerem com algum problema de desenvolvimento. Percebe-se, pois, que ainda que não se possa garantir que ela faria uma escolha diferente, a decisão do tipo do parto na época passou mais pelo âmbito médico do que por uma escolha pessoal devidamente consciente.

## A DOR DO PARTO E SEUS SIGNIFICADOS

A dor do parto, como qualquer outra experiência humana, abrange uma multiplicidade de significados que norteiam as intenções e os posicionamentos de cada mulher. Esses significados encontram-se tanto na esfera coletiva quanto na pessoal, e

o trânsito entre esses dois campos de atividade acontece através de processos psicológicos dinâmicos de análise e síntese criativa dos materiais externos para o domínio subjetivo, e vice-versa. (VALSINER, 2007)

Como já mencionado, as modificações históricas que têm sido observadas em torno do parto e do fenômeno da dor, especialmente com a introdução de novas tecnologias e procedimentos hospitalares, tem resvalado não só em mudanças na assistência à parturiente, como também em mudanças que afetam os significados coletivos da dor do parto. Os significados pessoais das mulheres, por sua vez, se articulam aos coletivos e também podem ser transformados.

O caso de Elisa, 80 anos, e suas respectivas filhas, também mães, Maria, 56 anos, e Laura, 41 anos, ilustra como os significados coletivos e pessoais se articulam, sugerindo uma variedade de formas de sentir e expressar a dor do parto que se vinculam a tradições familiares, crenças religiosas e populares ou às novas tecnologias.

Um significado compartilhado entre essas mulheres é que a dor é vista como algo que pode ser suportado por todas as mulheres, o que sugere certa naturalização e universalidade dessa experiência, tal como descrito na fala de Elisa: “*Sentia calada, nunca dei escândalo*”; e de Maria: “*Não demonstrar dor, ser forte. Mulher é forte! Mulher tem que ser forte na dor!*”. Percebe-se também aí uma noção de que a dor deve ser mantida na esfera privada, suportada em silêncio, significando força nesse universo feminino.

Para essas mulheres, não demonstrar dor na hora do parto significa ser forte, o que sugere uma continuidade com a tradição familiar, denotando que o significado pessoal da dor do parto, que se mostra intimamente associado à visão das mulheres, articula-se harmoniosamente com o significado coletivo.

Por outro lado, na experiência do parto de Laura há certa descontinuidade com essa tradição familiar de ser forte na circunstância de dor:

[...] *Eu não suportava a ideia de sentir dor de parto; achava que não iria suportar, porque sou muito mole pra dor, talvez desmaiasse na primeira contração. [...] Então tratei logo de marcar a data dos partos e acho até que, se tivesse a maturidade de hoje, teria tido paciência pra esperar os sinais, desde, é claro, que me garantissem a cesárea de imediato, antes mesmo da segunda contração chegar.* (Laura – 41 anos)

Nesse sentido, a estratégia utilizada no manejo da dor por parte de Laura não foi suportar calada a dor do parto, mas sim a busca por sua supressão. Contudo, mesmo com o uso de recursos cirúrgicos e farmacológicos, há referências à dor, essas mais circunscritas aos momentos posteriores ao parto: “Dor, depois!”, o que é típico de partos cesáreos, nos quais o sofrimento físico maior é no pós-cirúrgico, devido à supressão do efeito da anestesia e também à sutura do abdômen.

Nota-se uma flutuação entre diferentes saberes e recursos no que se refere ao controle da dor entre as diferentes gerações: ora está submetido às crenças familiares, ora ao saber médico, ora às próprias estratégias da mulher.

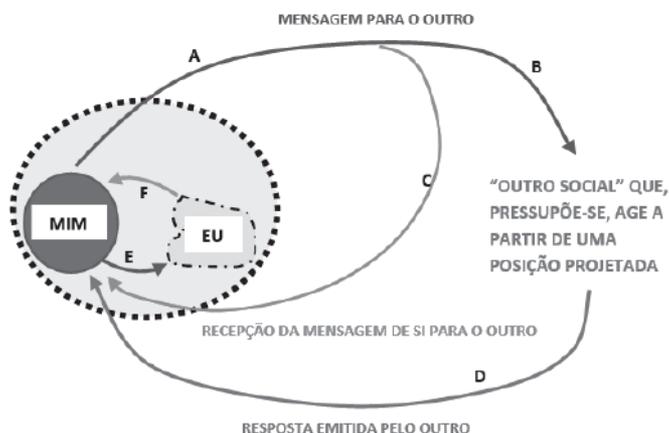
De acordo com esse movimento oriundo da crescente medicalização do parto, Elisa avalia as mudanças percebidas quanto ao enfrentamento da dor ao longo do tempo: “O povo hoje não quer mais sentir dor, né? R. [nora] tinha tudo pra ser normal, e fez duas cesáreas...”. Assim como nessa avaliação, nota-se que a disponibilidade e acesso a recursos médicos e farmacológicos são mais amplos para as gerações mais novas, o que parece contribuir para um maior uso de recursos externos no enfrentamento da dor.

A noção de trialogicidade, de acordo com Valsiner (2018), configura-se como uma importante ferramenta teórica para a análise da construção dos significados em relação à dor do parto, uma vez que fornece elementos importantes para o entendimento de como os significados culturais coletivos são transformados para o âmbito pessoal.

Com a finalidade de melhor entender a articulação entre os significados culturais coletivos e pessoais referentes à dor do parto, utiliza-se esse novo conceito como uma forma de melhor analisar a dinamicidade dos conteúdos.

Conforme o referido autor, por triálogo entende-se três processos dialógicos e hierárquicos: 1) I<>Me, falar para si mesmo; 2) Me<>Me, falar para o outro e para si mesmo; 3) Me<>You, falar para o outro, e vice-versa. Conforme essa perspectiva, ainda em construção, esses três processos interdependentes se configuram como uma espécie de *feedforward loops* nas relações entre a pessoa e o seu ambiente: um *loop* para o outro (A-B-D), um *loop* intermediário (A-C) e um *loop* interno (F-E), como demonstrado na Figura 1.

FIGURA 1 – O processo do *self* como um triálogo



Fonte: Valsiner (2008).

Retomando o caso de Elisa, Maria e Laura, nota-se que a dor do parto, para essas mulheres, aparece como um valor. Para Maria, surge uma autorreflexão sob a forma de uma resposta para si mesma a respeito do que é dito por ela e pelo outro: algo como “*sou forte por não demonstrar dor*”, já que mulher que não demonstra a dor que sente é mulher forte. Essa continuidade com a maneira tradicional de enfrentar a dor do parto entre as mulheres da família pode gerar um sentimento de pertencimento e identificação; ao invés de uma zona de tensão, outra de conforto.

Já o conteúdo referente à dor expresso por Laura é: “*eu não suportava a ideia de sentir dor de parto; achava que não iria suportar, porque sou muito mole pra dor, talvez desmaiasse na primeira contração*”. Para ela, portanto, o fato de não suportar a ideia de sentir a dor do parto a faz uma pessoa fraca em relação à dor, sugerindo que o significado pessoal referente à dor do parto também se articula ao coletivo, mas desta vez com tensões. Ou seja, se sentir dor sem demonstrá-la é ser forte (significado coletivo), então “sou fraca” (significado pessoal) por não querer experimentar a dor do parto.

A tensão gerada a partir de uma não identificação de Laura com as mulheres de sua família quanto ao manejo da dor parece favorecer que ela recorra a estratégias como se apoiar em uma justificativa médica para “fingir que era corajosa”. Neste caso, há uma descontinuidade entre o posicionamento de Laura e o das mulheres de sua família no que tange à maneira de lidar com a dor. Contudo, por outro lado, há uma continuidade com o significado familiar atribuído à dor, já que Laura acaba por se considerar “mole para a dor” por não conseguir suportá-la como as mulheres de sua família.

As primeiras gerações demonstram uma articulação mais íntima entre as vozes pessoais e as familiares, enquanto que as gerações mais novas apresentam mais descontinuidades nesse sentido, especialmente através da introdução maior de novas tecnologias médicas e farmacológicas. Nesse sentido, as vozes coletivas que predominam entre as mulheres da segunda geração são as vozes provenientes do saber médico, sugerindo, assim, certo rompimento com as tradições familiares que muitas vezes se mostram conflitantes com esse outro saber.

Em geral, as significações coletivas influenciam o significado dado por cada mulher à sua vivência de parto e de dor, o que se relaciona de maneira diferenciada entre as gerações e contextos sociais. As vozes coletivas ilustradas nesse caso advêm, principalmente, da família, da religião, de crenças populares e do saber médico. A articulação entre as diferentes vozes e saberes se dá sempre de forma múltipla e não linear, denotando que a apropriação dos significados culturais coletivos em âmbito pessoal acontece em meio a uma rica dinâmica psicológica.

Percebe-se, também, que a crescente medicalização tem contribuído para uma menor naturalização do parto e da dor entre as gerações mais novas, independente da condição social. O novo lugar ocupado pelas mulheres no mundo social, além

dos avanços tecnológicos da medicina e da farmacologia, traz para a mulher a possibilidade de um planejamento familiar onde a maternidade não é mais uma consequência do casamento, mas uma opção.

É nesse conjunto de elementos culturais relacionados a cada geração, através do uso de múltiplos saberes e práticas, que é formado o campo de significados (VALSINER, 2007) por meio dos quais as mulheres guiam as suas ações. Assim, há um contexto de tempo e espaço que é compartilhado, propiciando algumas vivências e significações comuns entre mulheres que vivem em circunstâncias similares. Por outro lado, não se pode deixar de considerar que, ainda que a configuração sócio-histórico-cultural circunscreva as experiências de parto e de dor, cada mulher, ao se apropriar dos significados coletivos, vai transformá-los de modo pessoal, singular.

## REFERÊNCIAS

AGUILERA, C. *et al.* Alternativas terapêuticas e la analgesia epidural em el dolor del parto. *Medicina Clinica*, [Chicago], v. 133, n. 15, p. 599-601, Oct. 2009.

CALLISTER, L. C. Cultural Influences on Pain Perceptions and Behaviors. *Home Health Care Management & Practice*, Thousand Oaks, v. 15, n. 3, p. 207-211, Apr. 2003. Disponível em: <http://www.pain-initiative-un.org/doc-center/articulos%20y%20documentos/dolor%20e%20implicaciones%20sociales/culture,%20pain%20perceptions%20and%20behaviors.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2017.

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

JORDAN, B. *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. 4th. ed. Illinois: Waveland Press, 1993.

MARTIN, K. A. Giving Birth Like a Girl. *Gender & Society*, [New York], v. 17, n. 1, p. 54-72, Feb. 2003.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-665, set./dez. 2005.

MUTTI, V. de O. *A narrativa de mulheres em diferentes contextos sociais: uma análise intergeracional*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2010.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

VALSINER, J. *O selftrialógico*. Salvador, 2018. Comunicado ocorrido na Universidade Federal da Bahia.

VALSINER, J. *Culture in Minds and Societies: Foundations of Cultural Psychology*. New Delhi: Sage Publications, 2007.

# 4

## PROTAGONISMO FEMININO NO PROCESSO DE ESCOLHA DA VIA DE PARTO

Marianna Medrado de Oliveira Mendes

Com o início desse século, podemos observar múltiplas transições e mudanças às quais fomos submetidos, tanto na ciência, quanto na vida social. De acordo com Meirelles (2008), muitas questões de ordem epistemológica acentuam-se nesse contexto, levando-nos a rever antigos paradigmas da ciência tradicional e suas consequências para os contextos social e familiar.

De acordo com a proposta do construcionismo social, vivemos hoje em um momento que é marcado pela ausência de verdades absolutas, o que favorece a construção de múltiplas maneiras de descrever a vida e o cotidiano, mas, por sua vez, questiona crenças e valores que em algum momento da história eram tidos como absolutos e imutáveis. (GRANDESSO, 2011)

Traçando uma breve retrospectiva, percebemos que, no final do século XIX e ao longo do século XX, havia uma ideia central que norteava o feminino: de que a mulher nasceu para ser mãe. Depois da Primeira e da Segunda Guerra Mundial, em consequência do grande número de perdas humanas sofridas, passou-se a enaltecer a maternidade e a se travar uma luta contra as práticas anticoncepcionais e o aborto, com reforço discurso médico e teológico. Nesse contexto, cresceu o ideal de mãe, dona de casa, que deveria estar sempre presente e disponível.

Em seguida, a globalização revolucionou a velocidade com que as informações são transmitidas e passou a encarar os processos quase como descartáveis, inclusive as pessoas e as relações estabelecidas entre elas, favorecendo a negação de limites e

o pouco estímulo à subjetividade. Dessa forma, a mulher e sua expectativa quanto à maternidade passa agora a ocupar um outro patamar social, no qual ela pode escolher “se, quando e como” vai se tornar mãe. (MEIRELLES, 2008)

Esse novo espaço concedido e conquistado pelas mulheres foi forjado através das lutas feministas e das outras intensas modificações ocorridas durante o século passado, como a crescente participação no mercado de trabalho, o voto feminino, o *baby boom* do pós-guerra, a revolução sexual e a pílula anticoncepcional. (JONES, 2012) Definitivamente, houve grande modificação no papel da mulher nos últimos anos, o que obriga a sociedade a refazer os seus conceitos a seu respeito, bem como reestruturar a própria maneira de compreendê-la.

E foi próximo ao final do século passado que o processo do parto e nascimento começou a se modificar de forma preocupante. Nos anos 1970, o índice de cesarianas mal passava de 10%, e já no início do século XXI alcançou patamares extremamente altos, sendo então mais comum nascer pela via cirúrgica do que pelo processo natural. (JONES, 2012)

Para dar à luz, as mulheres contavam com as parteiras, que até os dias de hoje são inúmeras e incontáveis no nosso país. De acordo com Largura (2000), sua função é tão antiga quanto a própria humanidade, e em sua grande maioria são mães de família, o que lhes concede grande sensibilidade e compreensão para a mulher na hora de parir. Porém, suas funções foram perdendo campo e dando enfoque à medicalização e à hospitalização, com o advento da tecnologia e a preocupação com o asseio nas práticas ligadas ao corpo.

Ao longo do desenvolvimento da obstetrícia, foi sendo cada vez mais empregada a metáfora do corpo enquanto máquina e, conseqüentemente, do útero como máquina. Essa última metáfora foi combinada ao uso de instrumentos mecânicos reais (fórceps), que possuem um importante papel na substituição das mãos das parteiras por mãos masculinas que usam ferramentas. (MARTIN, 2006) A ideia do corpo enquanto máquina continuou a dominar a prática da medicina no século XX e, portanto, fundamenta a disposição do homem em empregar tecnologia e interferir no processo do parto. Para Martin (2006, p. 107), “[...] o corpo da mulher é a máquina, e o médico, o mecânico ou técnico que a conserta”.

A assistência pré-natal e ao parto passou por um processo de institucionalização, sob a legitimação da ciência e da biomedicina, passando assim a ser compreendida basicamente como um evento biológico, imprimindo ênfase aos aspectos técnicos em detrimento da percepção da singularidade e complexidade da mulher em sua inserção sócio-histórico-cultural. (MARTINS, 2008)

No Brasil, segundo os dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2016, 55,6% dos partos no país foram cesárea, configurando assim a segunda maior taxa de cesáreas do mundo, sendo superada apenas pela República

Dominicana, que sustenta o índice de 56% de partos por via cirúrgica. Segundo o DataSUS, dos cerca de 3 milhões de partos realizados por ano no Brasil, mais da metade (52% em 2010) se dá por meio de cesariana, sendo que os dados sobre parto cirúrgico mostram que existe grande discrepância entre o percentual registrado na rede pública, que fica em 37% (BRASIL, [20--]) – já acima do preconizado pela OMS, que estima em 15% o percentual de mulheres que teriam necessidade de passar por uma cesariana para conseguir ter filhos –, e o alarmante índice de 82% na rede privada.

Segundo dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (Sinasc/MS), entre 1994 e 2007, a taxa de cesarianas aumentou em 44% no país. (BRASIL, [20--]) O termo que define essa situação é “medicalização abusiva”, mencionado em artigos sobre saúde de mães e crianças, na edição especial “Saúde no Brasil” da revista inglesa *The Lancet*, publicada em 2011.

Em contraste com esses dados, acumulam-se estudos e pesquisas conduzidos em vários centros mundiais evidenciando que o bem-estar materno e fetal não melhora na proporção em que cresce o intervencionismo no momento do parto. (JONES, 2008) As evidências ainda apontam para o fato de que o parto cesáreo contribui para o crescimento do índice de mortes maternas, assim como para a probabilidade de complicações neonatais. De acordo com Souza, Amorim e Porto (2010), o nascimento programado por cesariana eletiva – em que a mulher sequer chegou a entrar em trabalho de parto e a data do nascimento é marcada previamente – pode acarretar problemas de saúde, como maior frequência de problemas respiratórios e admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal; maiores dificuldades para estabelecer a amamentação; maior chance de afastamento mãe-bebê e todas as sequelas decorrentes desse processo; nascimento prematuro por erro de datação de idade gestacional; aumento do risco de alergias no futuro; e aumento do risco de obesidade na infância e na idade adulta.

De todos os aspectos referentes à assistência na gravidez e nascimento, sem dúvidas o alto índice de cesarianas continua a ser considerado o mais alarmante, sobretudo nesses casos de cesariana eletiva. O índice de 82% de partos cirúrgicos registrados na rede privada brasileira é o mais alto do mundo, e desses partos estima-se que de 70% a 80% sejam agendados antes do momento ideal. Essa taxa é cerca de duas vezes maior que a média nacional e também bem mais elevada que a dos Estados Unidos da América e a dos países europeus. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008) Esses partos estão sendo antecipados e na maioria das vezes são realizadas cesarianas por conveniência, para que todos os que estão envolvidos no processo possam se beneficiar com isso: a equipe médica, o hospital e até mesmo a própria mulher grávida.

Com o objetivo de ampliar a compreensão sobre os vários aspectos relacionados à hipermedicalização da maternidade do Brasil, recentemente o Governo Federal patrocinou a realização de um *Inquérito Epidemiológico sobre as Consequências do Parto Cesáreo Desnecessário no Brasil*. Tal iniciativa originou a pesquisa “Nascer no Brasil”, coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), que investigou as altas taxas de cesárea e suas consequências para a saúde das mulheres e recém-nascidos, concluindo que a prática médica não acompanha o conhecimento científico acumulado até os dias de hoje e conquistado no mundo acadêmico. (CHAVES, 2014)

Segundo os dados obtidos na pesquisa, as altas taxas de cesárea sem uma indicação precisa de risco obstétrico, e, sobretudo, a ausência de mecanismos fisiológicos de adaptação ao nascimento, implicam em sérios riscos para adaptação dos bebês, sendo que o pior desfecho neste quesito pode ser constatado através das altas taxas de prematuridade, associadas a distúrbios respiratórios.

Os valores da sociedade em que vivemos influem também na forma como concebemos o parto, encarando-o como um acontecimento restrito à área médica e até mesmo um evento cirúrgico. Estamos vivendo em meio a uma sociedade que tem pressa, onde tudo pode e deve acontecer da forma mais rápida possível, com toda dificuldade regulamentada pela tecnologia e os problemas de saúde gritam por uma solução medicamentosa ou cirúrgica.

Cabe aqui ressaltar que a Organização Mundial da Saúde propõe alterações nesse modelo intervencionista de atendimento ao parto hospitalar, recomendando a modificação dessas rotinas, hoje consideradas desnecessárias.

Portanto, o complexo evento do parto e do nascimento, ao longo dos últimos séculos, foi se tornando um evento médico/hospitalar que foi segregado da vida familiar e comunitária. Esse modelo de parto nos hospitais, de acordo com Domingues (2002), atuou de três formas: restringindo a competição com as parteiras, estabelecendo o princípio do controle médico sobre as pacientes e facilitando o treinamento de novos médicos. Sendo assim, o parto assistido por médicos dentro de um hospital virou sinônimo de modernidade, de segurança e, principalmente, de ausência de dor.

Percebe-se então que, com o avançar dos anos e da tecnologia, novas perspectivas vão sendo abertas em torno da maternidade, mas não se configuram como tempos de calma; ao contrário, hoje a mulher vive em tempos de incertezas. Considere-se os movimentos e marchas ocorridos na última década pela retomada do parto natural, pela humanização no nascimento, pelos direitos reprodutivos das mulheres, pela humanização no atendimento médico-hospitalar, e o crescente número de grupos de apoio ao parto e nascimento e centros de parto natural. Tudo isso presidido pelas mulheres, que, conscientes da sua história, buscam adequar o

atual cenário sócio-político-cultural da maternidade de acordo com suas necessidades, surgindo, então, nesse momento, o espaço para a humanização no debate sobre o nascimento.

A institucionalização desse movimento em torno da humanização do parto ocorreu em 1993, com a fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), que assumiu como objetivo central a redução das intervenções médicas de rotina, concebendo a formação do vínculo entre mãe e bebê, o protagonismo da mulher e o compromisso com uma medicina baseada em evidências como premissas básicas neste cenário.

Para Aquino (2014), é frequente que exista uma desarticulação entre a atenção no pré-natal e o parto, uma crescente peregrinação das parturientes em busca de internação, além do uso de procedimentos abusivos de rotina na assistência ao nascimento, como manobras de Kristeller<sup>1</sup> e episiotomia.<sup>2</sup> Já nos serviços privados, a via de parto cirúrgica previamente agendada se constitui como realidade predominante, mesmo em mulheres vivenciando a primeira gestação.

Tanto no setor público quanto no setor privado não se garante o direito à informação nem se respeita a autonomia das mulheres, interferindo, desta forma, na integridade corporal e negando o direito da mulher de ter um acompanhante para evitar um parto solitário e inseguro. É possível verificar que as iniciativas existentes para modificar este quadro refletem as lutas políticas e ideológicas na área da saúde quanto às alternativas de modelo de atenção, que inclui desde a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) à convergência de propostas entre o movimento sanitário e o feminismo.

Na literatura, poucos estudos se concentram nas questões subjetivas que estão diretamente ligadas à escolha da mulher por determinada via de parto. Grande parte dos estudos privilegia os aspectos médicos e epidemiológicos ou aspectos relacionais ligados à equipe de saúde, principalmente a assistência da equipe de enfermagem com a parturiente. Sobre essas duas categorias podem ser citadas alguns estudos nacionais, como o de Nomura, Alves e Zugaib (2004), que analisou as complicações maternas associadas ao tipo de parto; o de Griboski e Guilhem (2006), que declararam evidente a falta de comunicação na assistência prestada pelos profissionais de saúde às mulheres; e o de Oliveira e demais autores (2008), que buscou analisar a qualidade da assistência ao trabalho de parto segundo o risco gestacional e o tipo de prestador, concluindo que as gestantes de baixo risco são

---

1 Manobra de Kristeller: quando o médico ou a enfermeira faz pressão com as mãos no fundo do útero da mulher para acelerar o trabalho de parto. (DINIZ; CHACHAM, 2006)

2 Episiotomia: incisão no períneo, para aumentar o canal vaginal, durante o parto normal. (PREVIATTI; SOUZA, 2007)

submetidas a intervenções desnecessárias, enquanto que as de alto risco, por sua vez, não recebem o cuidado adequado.

Não se conhecem ainda todas as causas que justificam a preferência da mulher por determinada via de parto, sendo essa questão amplamente pesquisada nos países desenvolvidos, porém os dados de países em desenvolvimento ainda são limitados. (BALASKAS, 2008) Influências como tipo e grau de satisfação com o parto prévio e renda são algumas justificativas encontradas por Faisal-Cury e Menezes (2006) como possíveis causas da preferência da mulher pelo parto cesáreo. Já o estudo de Tedesco e demais autores (2004) encontrou uma preferência de 90% das entrevistadas pela via de parto vaginal, tendo como principal justificativa a praticidade para a realização e o medo da dor no pós-parto causada pela cesárea. Este dado é reiterado pela pesquisa de Hotimsky e demais autores (2002), que constataram a preferência das mulheres pelo parto vaginal, sendo a cesárea temida pelos riscos a ela associados.

Contudo, diante das pesquisas que focam a preferência da mulher por determinada via de parto, essas se concentram, em sua maioria, na busca de compreender a razão da escolha da parturiente pela cesárea, deixando o parto natural a cargo dos pesquisadores que atualmente buscam uma maior difusão e propensão do parto humanizado e da humanização do nascimento.

Percebe-se que a transição para a maternidade através do parto está diretamente associada a uma rede social, cultural e econômica da mulher, somando-se ainda as suas crenças e os significados atribuídos a cada evento ligado a essa fase. Em nossa sociedade, parece ser uma questão cultural o pouco domínio da gestante sobre a fisiologia do parto e os indicadores contra ou a favor de cada via. Há evidências de que poucas informações chegam de fato ao conhecimento da mulher, que deveria ser a principal conhecedora do processo que ela protagoniza. (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011)

Diniz e Duarte (2004) defendem o direito à escolha informada pela mulher sobre as diversas formas de dar à luz, reiterando que, na área da saúde, esse direito se constitui como um direito humano e reprodutivo, apontado em diversos instrumentos nacionais e internacionais.

Como estratégia para reduzir as elevadas taxas de cesárea, a OMS, o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Saúde (ANS) consideram indispensável a realização de mudanças no paradigma demasiadamente medicalizado da assistência obstétrica e, além disso, recomendam a adoção de medidas em direção à integralidade e humanização do cuidado. (BRASIL, 2005)

Sendo assim, pode-se pensar na humanização do parto e nascimento como um processo de transformação de cultura, em direção ao reconhecimento da subjetividade e do contexto social dos clientes e profissionais. As políticas governamentais

devem prezar por receber as mulheres com dignidade, bem como seus familiares e o recém-nascido, evitando o isolamento da mulher e a prática de intervenções desnecessárias e danosas para ela e seu bebê, promovendo um ambiente acolhedor e a adoção de condutas hospitalares que utilizem práticas benéficas para ambos.

Portanto, falar sobre gravidez e maternidade significa não apenas abordar um evento individual, único, mas um momento de transição desenvolvimental que acaba por afetar, direta ou indiretamente, o sujeito e a família como um todo, além dos diversos atores sociais envolvidos no processo. (BASTOS et al., 2009) A maternidade envolve, portanto, uma vivência psicologicamente complexa, e o presente estudo privilegia a esfera subjetiva da mulher, o que é por ela internalizado, sua forma de posicionamento individual e coletiva no seu processo de tomada de decisão acerca da via a ser adotada no momento do seu parto.

Adota-se aqui uma metodologia baseada em um estudo exploratório e descritivo, de cunho qualitativo, o qual é caracterizado por usar o texto como dado empírico, por possuir como base a construção social da realidade em estudo e está interessado na perspectiva do participante, através da compreensão do seu cotidiano e da sua prática diária. (FLICK, 2009)

As participantes deste estudo foram doze mulheres que vivenciaram a experiência do primeiro parto no intervalo de seis meses até a data da entrevista. Todas residentes na cidade de Salvador (BA), de diferentes classes sociais e usuárias de diferentes serviços de atenção à saúde. Por ser um estudo de caso, buscou-se identificar mulheres que pertencessem a essa caracterização, sendo estas selecionadas a partir da extensa rede social de mulheres que vivenciaram a experiência recente de parto na cidade de Salvador.

Para a coleta de dados, foram selecionadas participantes a partir da rede social do pesquisador, usuárias de serviços públicos e privados de assistência à saúde, variando cada prestador de serviço dentro dos grupos previamente definidos. Foram realizadas entrevistas narrativas presenciais individuais nas residências das mulheres ou em locais reservados que possibilitassem o livre discurso das mesmas. Os dados obtidos por meio das entrevistas foram gravados com autorização prévia das participantes, todas residentes na cidade de Salvador.

A fala das entrevistadas foi analisada com base numa análise de posicionamento, considerando os conteúdos relacionados ao processo de parturição e à tomada de decisão sobre a via de parto.

## O LONGO CAMINHO ATÉ O PARTO

Foram explorados, através de um sistema de temas e subtemas propostos, por meio de uma abordagem transversal, comparativa, os conteúdos referentes às entrevistas

com mulheres que passaram pela experiência de parto normal e mulheres que passaram pela experiência de parto cesárea.

A organização dos casos abarca cinco temas principais, sendo eles: “Posicionamento quanto à via de parto”, “Histórias sobre parto e história familiar”, “Assistência durante o pré-natal”, “Posicionamento quanto à dor do parto” e “Experiência do parto”.

### *Trajetórias percorridas pelas mulheres até o parto*

A expectativa das mulheres em relação ao tipo de parto ou a via de parto a ser adotada está relacionada direta ou indiretamente a diversos fatores que emergem substancialmente no momento em que se faz necessária a tomada de decisão.

São inúmeros os aspectos que podem estar relacionados com a decisão da mulher ou com sua preferência por uma via de parto em detrimento da outra. Entre elas estão as informações acessíveis, as histórias já ouvidas, a orientação durante o pré-natal, o apoio familiar em torno da sua decisão e, sempre que possível, o quanto ela está disposta a bancar e levar a sua decisão até as últimas consequências.

#### POSICIONAMENTO QUANTO À VIA DE PARTO

No que se refere ao posicionamento quanto à via de parto, a escolha do parto normal apareceu associada a diferentes significados ao longo das narrativas. A associação entre o tipo de parto e a relação mãe-bebê é registrada na literatura em estudos como o de Rocha, Sampionato e Mello (2003), que compararam mães de parto normal e cesárea no que diz respeito à relação de apego entre mãe e filho, e concluíram sobre a existência de um espaço de tempo imediatamente após o nascimento, chamado de período sensitivo, durante o qual os eventos que ocorrem têm potencial para influenciar o desenvolvimento do apego, justificados, inclusive, pela via de parto adotada. Esses autores concluíram ainda, no primeiro período de observação, que o ato de amamentar com habilidade é mais frequente nas mulheres que passaram pelo parto normal.

Em uma visão geral de todas as participantes que fizeram a escolha pelo parto normal, o que preponderou entre as narrativas foi a busca da redução de riscos para o bebê e o medo de passar por uma cirurgia desnecessária, destacando-se em algum momento do processo de escolha certo grau de protagonismo em lutar pelo que acreditavam ser a melhor opção baseada em evidências científicas.

No que se refere às participantes que passaram por uma cesárea, é importante destacar que, para três das participantes da rede pública, apesar de terem passado por parto cesáreo, o desejo inicial e a programação eram para o parto normal.

Apesar do planejamento, durante o parto foi necessário optar pela cesárea. A dor esteve presente nas narrativas. Nesta via de parto fica clara a distinção de pensamentos entre as participantes da rede privada e da rede pública de assistência.

Enquanto três participantes da rede pública entrevistadas afirmaram que queriam um parto normal, mas durante o processo foram conduzidas para uma cesárea, outras três participantes da rede privada afirmaram estar completamente decididas desde o início pela opção da via de parto cirúrgica.

Assim como nos estudos de Gama e demais autores (2009) e Barbosa e demais autores (2003), as entrevistadas que passaram pela cesárea, usuárias da rede pública, não evidenciaram um desejo por essa via de parto. Ao contrário, elas relataram a influência do seu grupo social pelo parto normal, alegando as dificuldades na recuperação da cesárea e a ideia que esta via de parto não permite à mulher o prazer em “dar à luz” a um filho de forma natural. Apesar de esse grupo social saber e relatar sobre as dificuldades enfrentadas por usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda assim afirmaram estar dispostas a passar por elas caso fosse esse o preço de ter seu filho por via vaginal.

A mulher pode ser vista como um objeto de ação, de acordo com o modelo intervencionista de assistência obstétrica, sendo capaz de perder o controle e a decisão sobre o seu próprio processo de parto e nascimento. (OLIVEIRA et al., 2008) Tendo em vista esse contexto, pode-se mencionar as altas taxas de cesárea, mesmo quando essa não é a expectativa da parturiente. Para Rattner (1996), os profissionais envolvidos na assistência ao nascimento nem sempre estão preparados para atender aos desejos da mulher; mesmo que as convicções pessoais delas sejam muito fortes, a sua vontade nem sempre prevalece.

Para que a mulher encontre um maior controle sobre o próprio parto, é imprescindível que seja concedido a ela o direito à informação, para que assim, ela possa fundamentar a sua escolha (OLIVEIRA et al., 2008) incluindo o direito ao acompanhante, de livre escolha, que forneça um suporte emocional ao longo das suas decisões, antes e durante o trabalho de parto. Dessa forma, compreende-se que as expectativas das mulheres quanto ao tipo de parto estão diretamente relacionadas à maneira como as informações sobre o assunto estão disponíveis e acessíveis.

#### HISTÓRIAS SOBRE PARTO E HISTÓRIA FAMILIAR

Um dos fatores que mais parecem influenciar a decisão da gestante quanto à via de parto é o arsenal de histórias sobre o tema que ela carrega, guardadas em sua memória. São histórias de amigos, familiares, conhecidos, que já passaram pela situação ou se impressionaram com algum caso extremamente positivo ou negativo e fazem questão de contar.

No que diz respeito ao parto normal, alguns pesquisadores brasileiros chegam a afirmar que o principal motivo dele ser temido pelas mulheres se deve à fama e à repercussão dos casos oriundos de violência obstétrica<sup>3</sup> pelo país afora.<sup>4</sup> Michel Odent (2004) diz que o parto normal no Brasil é “maldito” – no sentido de mal falado, de carregar com ele uma maioria de histórias ruins –, mas, de fato, essa fama se deve a anos de prática obstétrica não baseada em evidências científicas que não permitiam à mulher vivenciar uma experiência positiva do processo de parturição, encarando, via de regra, partos violentos, em posição inadequada e/ou com intervenções muitas vezes desnecessárias.

De acordo com Freitas e demais autores (2005), no Brasil as taxas de cesárea são maiores entre as mulheres com melhores condições socioeconômicas, de etnia branca e que são assistidas por hospitais privados, ou seja, conseqüentemente entre as mulheres que, normalmente, possuem menor risco obstétrico. Além disso, as altas taxas de cesárea também estão associadas à existência de uma cultura obstétrica que defende a segurança e a previsibilidade do procedimento.

Para Rodrigues (1997), uma das necessidades básicas das mulheres grávidas é de socializar-se e partilhar suas experiências, exaltando a importância de espaços físicos e sociais desenvolvidos especialmente para este fim, como os grupos de apoio a mães e gestantes que desempenham um papel fundamental no processo de construção dos significados de maternidade, além de contribuir para a tranquilidade e confiança da mulher no momento do nascimento.

#### ASSISTÊNCIA DURANTE O PRÉ-NATAL

Não somente as informações prévias sobre parto e a opinião dos atores sociais importantes configuram-se como decisivos no percurso de uma gestação e preparação para o parto. Segundo Odent (2002), o cuidado médico no pré-natal possui uma influência importante no progresso do trabalho de parto e, conseqüentemente, no parto em si.

O que se sabe atualmente é que grande parte dos profissionais médicos brasileiros são a favor da cesárea como via de parto predominante para as mulheres e,

---

3 O conceito de violência obstétrica no Brasil diz respeito a experiências negativas de parto vivenciadas e relatadas por mulheres que sofreram algum tipo de maltrato durante o parto, podendo variar de agressões físicas ou verbais a práticas de um procedimento de rotina que não tratam de condutas baseadas em evidências científicas. (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011)

4 Ver Capítulo 16 – “Violência obstétrica: quando a assistência desumanizadora deixa marcas além do corpo”, de Patrícia Brito R. de Oliveira e Márcio Santana da Silva, Capítulo 17 – “Dialogicidade do *self* e momentos inovativos no processo de significação da violência obstétrica sofrida por usuária da rede privada de saúde: um estudo de caso”, de Isa Patrícia Barbosa Cardoso e Capítulo 18 – “Discriminação interseccional: racismo institucional e violência obstétrica”, de Emanuelle F. Góes.

com isso, acabam influenciando de certa forma a escolha de suas pacientes e famílias por esta determinada via de parto, contribuindo para o aumento e manutenção da estatística referente a este assunto no país. Odent (2002) afirma ainda que estes profissionais costumam tratar a gravidez como se fosse uma doença, fazendo com que o curso rotineiro das consultas frequentemente leve a gerar mais problemas que soluções para a gestante.

Alguns estudos (RATTNER, 1996; FAÚNDES; CECATTI, 1991) apontam que, na opinião dos médicos, o grande número de cesáreas que ocorrem no Brasil (cerca de 80% na rede privada) se deve ao fato do pequeno controle da mulher sobre o próprio corpo e, conseqüentemente, do “pedido” por cesárea. Porém, quando devidamente investigada a fundo, essa questão se revela exatamente oposta e as mulheres revelam que acabaram sendo conduzidas a uma cirurgia na hora do parto por indicação ou orientação médica desde o início do pré-natal, sem mesmo que o médico apresente motivos que fundamentem essa orientação.

Não é raro para quem decide viver um parto humanizado encontrar algumas dificuldades no que diz respeito aos profissionais que assistem ao pré-natal. Atualmente, a grande maioria das cidades é marcada pela escassez de profissionais que assistem a partos protagonizados pelas mulheres, da forma como elas assim desejam.

Das três participantes entrevistadas da rede particular, duas delas relataram dificuldades em assegurar uma assistência médica que respeitasse seus desejos e escolhas pela via de parto.

No grupo de mulheres que passaram pelo parto cesárea, percebe-se, mais uma vez, uma clara distinção no que diz respeito ao tema da assistência no pré-natal. Esta diferença persiste também no grupo que separa as participantes da rede pública e participantes da rede privada, uma vez que o grupo da rede pública evidenciou a falta de comunicação no que dizia respeito ao parto durante o pré-natal.

Em sua grande maioria, as mulheres que utilizam a rede pública quase não recebem nenhum tipo de preparação para o parto, a não ser em algumas instituições que buscam exercer suas práticas pautadas na humanização do parto e baseadas em evidências científicas recentes. A preparação ideal para o momento do nascimento seria estimular os aspectos intuitivos da sabedoria feminina e uni-los com os recursos tecnológicos disponíveis, possibilitando o caminho para uma experiência de parto transformadora. (RODRIGUES, 1997)

Quanto às entrevistadas que tiveram parto cesárea na rede privada, elas não relataram nenhuma dificuldade durante seu pré-natal, já que iniciaram as consultas médicas decididas por cesárea e seus respectivos médicos não colocaram imposição alguma para realizar o procedimento. Duas delas mencionaram que os médicos chegaram a perguntar se tinham certeza quanto à via de parto escolhida, mas

limitou-se a esta única pergunta o fato de considerar o parto normal enquanto via de parto possível, não havendo sequer nenhum outro questionamento ou informações sobre os riscos e benefícios de cada escolha.

#### EXPERIÊNCIA DO PARTO

Sobre a experiência real do parto, foi possível perceber, através das análises das entrevistas, que a forma como esse evento foi percebido pelas mulheres muito tem a ver com a expectativa que elas mantinham sobre o momento do parto.

É possível perceber que, quando um parto real foge do parto idealizado, ele não traz consigo a sensação de realização que é inerente às mulheres que passam por um trabalho de parto normal e terminam com o nascimento de seus filhos marcado pela conquista do parto desejado. As intercorrências que podem existir durante um trabalho de parto também devem ser trabalhadas durante o pré-natal para que possam ser mais bem aceitas e compreendidas ao final do processo, quando esse é o caso.

Entre as participantes que passaram por uma cesárea, todas as mulheres usuárias do serviço privado relataram um parto tranquilo, absolutamente dentro das expectativas que elas nutriam, diferente das usuárias do Sistema Único de Saúde, que revelaram, mais uma vez, que a cesárea não era a primeira opção de escolha para a via de parto.

O estudo de Faúndes e demais autores (2004) aponta um contraste entre o que os médicos declaram entender como sendo a opinião das mulheres e o que as próprias mulheres declararam como sendo sua preferência pela via de parto, bem como os motivos da escolha. Além do equívoco quanto à via de parto preferida pelas mulheres, que se constatou como a via vaginal, e não a cesárea, como os médicos alegavam, houve uma total discrepância entre os motivos que os médicos percebiam como razão para preferir o parto cesárea e a opinião relatada pelas mulheres.

#### POSICIONAMENTO QUANTO À DOR DO PARTO

Aquelas que passaram por um parto normal desejando essa experiência, ou seja, aquelas que se prepararam fisicamente e emocionalmente para viver a experiência do parto normal, narraram seus partos fazendo quase nenhuma consideração sobre a dor. Verdadeiramente como se a dor fizesse parte de um processo maior e não fosse algo que merecesse um destaque no meio de toda a experiência vivenciada.

O discurso quase unânime das entrevistadas é sobre a dor suportável e “necessária” para alcançar algo maior, que seria a realização do desejo de parir e, consequentemente, a chegada dos seus filhos ao mundo.

Alguns estudos afirmam que o coquetel de hormônios liberados no momento do nascimento – quando este ocorre de forma natural com o mínimo de intervenções possíveis –, como ocitocina e endorfina, contribuem para uma sensação de euforia e prazer após o período expulsivo que, por sua vez, contribuem para uma falha na memória do processo do parto, incluindo um esquecimento da dor.

Alguns estudos realizados, como o de Rodrigues (1997), afirmam que emoções positivas da mulher, como confiança e tranquilidade, assim como emoções negativas relacionadas a ansiedade e medo, podem exercer um papel decisivo no momento do parto. Pôde-se observar que nas mulheres com ansiedade em nível elevado os partos eram mais longos e estavam mais suscetíveis a complicações, enquanto os partos mais fáceis e rápidos eram os das mulheres que se encontravam mais tranquilas e calmas e possuíam sentimentos menos ambivalentes sobre a decisão quanto à via de parto.

De acordo com esse raciocínio, muitas mulheres acabam optando pela cesárea em função da ansiedade sobre a imprevisibilidade do parto e pelo medo da dor do trabalho do parto. Para Largura (2000), essa preferência pode ser reforçada pelo fato de as mulheres não possuírem conhecimento sobre suas capacidades e seu próprio corpo. Desta forma, algumas gestantes – mesmo as que gostariam de ter um parto natural –, por se sentirem temerosas e inseguras em viver sua primeira experiência de maternidade, acabam optando por parto passivo, isento de muitos esforços, como uma cesárea programada.

A compreensão a respeito da dor do parto é um tema que difere completamente de um grupo de participantes para outro ao decorrer da pesquisa. Enquanto o grupo de mulheres que escolheram e se prepararam para o parto normal relatam o processo com pouca ênfase na experiência da dor, além de reforçarem que este não é um fator limitante para o processo de escolha da via de parto, o grupo de participantes que escolhe uma cesárea, ou, ao mesmo tempo, não se prepara para viver o parto normal adequadamente, sobretudo emocionalmente, narra esta dor ou o medo dela como sendo decisivos para o desfecho da via de parto.

Entre as participantes que passaram pelo parto cesárea, apenas as participantes que usam o serviço da rede pública passaram pela experiência do trabalho de parto. Entre as participantes usuárias do setor privado a dor do trabalho de parto não foi sequer experimentada, mas foi citada como algo que se pretendia “prevenir” ou como algo temeroso que não era desejável ou até mesmo aceitável passar para ter seu bebê, já que uma via de parto vista como “não dolorosa” no momento do nascimento existe e está disponível para ser escolhida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo se propôs a compreender, através da narrativa de mulheres que viveram a primeira gestação, o processo de escolha da via de parto. Buscou-se explorar as narrativas das mulheres que passaram pela experiência recente de parto para descrever as trajetórias percorridas até o nascimento dos seus filhos, bem como compreender quais aspectos estão diretamente envolvidos no processo de escolha e decisão acerca da via de parto.

Diante das entrevistas realizadas com mulheres que passaram por diferentes experiências no processo de escolha da via de parto, foi possível constatar a diversidade de dimensões presentes, de forma direta ou indireta, na decisão final sobre qual tipo de parto será vivenciado, uma vez que todas as participantes da pesquisa vivenciavam gestações de baixo risco que não as direcionavam para uma via de parto específica.

A partir da análise das entrevistas foi possível concluir que os fenômenos da maternidade, gestação e parto não podem ser simplesmente compreendidos como naturais ou fisiológicos, mas que, essencial e fundamentalmente, conformam uma fase do ciclo de vida permeada por experiências socialmente construídas que resultam em uma complexa dinâmica de construção social do momento do parto. Para que seja possível compreender as trajetórias de escolha da via de parto, é necessário vislumbrar a importância de um olhar multidimensional para o fenômeno, no qual estão incluídos sentimentos, memórias, história de vida, atores sociais diversos e, sobretudo, crenças e informações.

Para Odent (2002), cada mulher carrega consigo histórias culturais, familiares e pessoais únicas, que exercem forte influência sobre o curso da sua gestação e trabalho de parto. Culturalmente, o parto pode se constituir como um processo mais simples em alguns lugares em detrimento de outros, assim como pode variar em grau de complexidade de uma família para outra. Afirmo ainda que as mulheres, de forma geral, trazem consigo para o parto toda a sua experiência de vida alcançada desde a sua infância e seu nascimento, pontuando a possibilidade de uma forte conexão entre como ela nasceu e como irá trazer seu filho ao mundo.

Portanto, para construir uma análise sobre maternidade, foi necessário compreendê-la como um processo fisiológico envolvido por um sistema complexo de valores que permeiam tanto a escolha da cesárea quanto do parto normal. No que diz respeito à escolha pelo parto normal, foi possível identificar, a partir da análise das narrativas do grupo de mulheres que passaram por esse tipo de parto, um movimento em direção a um comportamento não normativo na atualidade, ou seja, apesar de natural e fisiológico, a via de parto normal constitui-se, nos dias atuais, sobretudo no Brasil, como uma forma alternativa de dar à luz aos filhos, uma vez que a cesárea é a via mais comum para nascimentos no país.

Entre os fatores citados pelas participantes da pesquisa e que as levaram em direção à via de parto normal estão a quantidade e a credibilidade das informações disponíveis para estudo, o desejo de protagonizar o nascimento dos seus filhos, o apoio de atores sociais envolvidos diretamente na cena do parto, maior agilidade na recuperação pós-parto e maior tranquilidade e naturalidade para os bebês no momento do nascimento. Nessa ocasião, as mulheres que adotaram essa via de parto demonstraram notável confiança na sua capacidade em lidar com a dor natural à experiência.

Para atingir a experiência de passar pelo parto normal, as mulheres pertencentes a este grupo relataram alguns desafios encontrados para manter seu desejo durante a gestação. Entre as participantes da rede pública, o maior desafio foi assegurar um local de atendimento adequado às boas práticas do nascimento, sendo utilizado como alternativa para um parto humanizado no SUS o Centro de Parto Normal inaugurado em 2012 na capital baiana. Além disso, outro desafio mencionado pelas participantes da rede pública, de forma geral, foi a precariedade das informações transmitidas pelos profissionais de saúde durante o pré-natal, sobretudo no que diz respeito ao parto. A fala mais reafirmada pelos profissionais que atenderam essas mulheres dizia respeito ao fato de a escolha acontecer no momento em que o parto estava ocorrendo, como se esta decisão não coubesse ou não fosse pertinente à gestante.

Entre as participantes que passaram pela via de parto cirúrgica foi possível perceber com bastante nitidez uma diferença clara entre o grupo de mulheres da rede pública e o grupo de mulheres pertencentes à rede privada de assistência. Uma característica marcante das participantes da rede pública foi o desejo inicial pela via de parto normal, mas em função das poucas informações recebidas durante o pré-natal esse desejo não pôde ser assegurado, pois a informação predominante dizia respeito à imprevisibilidade do momento do parto e à prevalência da decisão médica sobre qual via seria adotada quando chegasse o momento do nascimento. Esse grupo de mulheres também não buscou informações para se empoderar a respeito de caminhos alternativos e argumentos possíveis a favor do parto normal, experiência inicialmente desejada por elas.

No que diz respeito às mulheres usuárias da rede privada que tiveram seus filhos através do parto cesárea, foi relatado por essas mulheres que elas já possuíam certeza pela via de parto escolhida mesmo antes da gestação. Não foram relatadas, assim, quaisquer dificuldades com relação à manutenção da escolha pela via de parto ou durante o pré-natal, pois todos os profissionais que acompanharam essas mulheres estavam de completo acordo com a via de parto escolhida por elas, além de elas terem contado com o apoio dos atores sociais importantes na sua rede. Havia, portanto, convergência entre direções sociais e orientações pessoais presentes nessa dinâmica, nos vários momentos do processo.

Entre os fatores mencionados pelas participantes que as levaram em direção à via cirúrgica do nascimento estava, em todos os casos, o medo da dor do parto normal como principal motivo da escolha. Foi relatado pelas mulheres, sem exceção, que o sentimento de medo se configurava como o motivo mais relevante para que nenhuma delas sequer cogitasse a possibilidade de passar por um parto normal ao final da gestação. Além deste, foram citados motivos como previsibilidade e comodidade do parto cesárea, sensação de segurança e apoio da família em consonância com a forte direção social que esta via de parto representa na sociedade.

As mulheres que passaram pelo parto normal reconheceram a dor do parto como um sentimento intrínseco ao ato de parir, inerente ao processo escolhido, algumas delas utilizando recursos de métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Além disso, as participantes que escolheram essa via de parto afirmaram ter ressignificado esse momento de sensação dolorosa em sentimentos prazerosos pela proximidade do encontro com o bebê, que estaria cada vez mais perto de chegar a cada contração vivida no trabalho de parto.

A análise das narrativas das mulheres usuárias do serviço público de saúde denunciam, de maneira geral, a necessidade de algumas mudanças no que diz respeito à efetividade da comunicação entre as pacientes e a equipe de profissionais que acompanham o período da gestação, quando as informações referentes ao processo de parturição, e sobretudo sobre a via de parto de desejo da mulher, são pouco enfatizadas ou até mesmo negligenciadas nesta fase do atendimento pré-natal. Desta forma, faz-se urgente a necessidade de treinamento e capacitação destes profissionais ligados à assistência ao parto para que sejam abordados não somente temas relacionados aos aspectos fisiológicos da gestação, mas também temas relacionados aos aspectos mais subjetivos que envolvem dúvidas e anseios sobre o momento do parto.

Na mesma direção, o presente estudo possibilitou identificar especificidades nas trajetórias de mulheres que viveram um caminho em direção a uma escolha não normativa para a via de parto nos dias atuais, e, apesar de empoderadas com informações baseadas em evidências científicas, viveram um caminho de rupturas com a direção social dominante para a via de parto, incluindo rupturas com o próprio serviço de saúde, que deveria ter a função de esclarecer e basear suas atividades nas evidências médicas mais recentes. O estudo realizado pode, assim, vir a orientar mulheres que possam vir a passar pela mesma experiência do desejo pelo parto normal, mas sem sucesso, e talvez modificar o nível de apoio oriundo dos mais diversos atores sociais, como a família ou a equipe de assistência.

Além disso, a necessidade deste estudo justifica-se pela escassez de pesquisas nesta área, sobretudo do ponto de vista da subjetividade feminina, apesar de se caracterizar como um tema emergente na saúde pública e privada na atual realidade

do país, fundamental para o aprimoramento da assistência à saúde da mulher. Além disso, a maneira como as mulheres vivenciam seus partos e, conseqüentemente, a forma como as crianças nascem estão profundamente ligadas às visões de natureza, ciência, saúde, medicina, liberdade e às relações humanas.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas*. Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/ProdEditorialANS\\_O\\_Modelo\\_da\\_atencao\\_obstetrica\\_no\\_setor\\_da\\_SS.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_O_Modelo_da_atencao_obstetrica_no_setor_da_SS.pdf). Acesso em: 14 abr. 2013.
- AGUIAR, J. M. de; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência Institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-91, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2013.
- AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. S8-S10, 2014. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0008.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2014.
- BALASKAS, J. *Parto ativo: guia prático para o parto natural: a história e a filosofia de uma revolução...* 2 ed. São Paulo: Ground, 2008.
- BARBOSA, G. P. *et al.* Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, nov./dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2014.
- BASTOS, A. C. S. B. *et al.* Cultural organization of motherhood in an urban context: moving between shared and individual words. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA PESQUISA INTERCULTURAL, 12.; CONGRÈS DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE POUR LA RECHERCHE INTERCULTURELLE, 20., 2009, Florianópolis. *Anais [...]*. Florianópolis: Edugraf, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Nascidos vivos: Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [20--]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 3 set. 2018
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal\\_puerperio\\_atencao\\_humanizada.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf). Acesso em: 11 jun. 2014.
- CHAVES, R. L. O nascimento como experiência radical de mudança. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. S1-S3, 2014. Suplemento. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en\\_0102-311X-csp-30-s1-0014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0014.pdf). Acesso em: 11 jun. 2014.

- CRESWELL, J. W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod\\_resource/content/1/O%20E2%80%9Ccorte%20por%20cima%20e%20o%20E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%20D.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20E2%80%9Ccorte%20por%20cima%20e%20o%20E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%20D.pdf). Acesso em: 15 maio 2013.
- DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. *Parto normal ou cesárea?: o que toda mulher deve saber e todo homem também*. Rio de Janeiro: Ed. UNESP, 2004.
- DOMINGUES, R. M. S. M. *Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5214/2/ve\\_Rosa\\_Maria\\_ENSP\\_2002](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5214/2/ve_Rosa_Maria_ENSP_2002). Acesso em: 14 abr. 2013.
- FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesareana. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 226-232, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28526.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2013.
- FAÚNDES, A. *et al.* Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 488-494, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21076.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.
- FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, abr./jun. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a03.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2013.
- FLICK, U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FREITAS, P. F. *et al.* Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 761-767, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26296.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.
- GAMA, A. de S. *et al.* Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/17.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2014.
- GRANDESSO, M. A. *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 1, p.107-114, 2006.
- HOTIMSKY, S. N. *et al.* O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11003.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2013.

- JONES, R. H. *Entre as orelhas: histórias de parto*. Porto Alegre: Ideias a Granel, 2012.
- JONES, R. H. *Memórias do homem de vidro: reminiscências de um obstetra humanista*. 2. ed. Porto Alegre: Ideias a Granel, 2008.
- LARGURA M. *A assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais: uma análise crítica, por um parto mais humano e solidário*. 2. ed. São Paulo: Ed. Autor, 2000.
- MARTIN, E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Tradução de Júlio Bandeira. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- MARTINS, A. P. V. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
- MEIRELLES, V. (org.). *Mulher no século XXI*. São Paulo: Roca, 2008.
- NOMURA, R. M. Y.; ALVES, E. A.; ZUGAIB, M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 9-15, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18446.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2013.
- ODENT, M. *A cesariana*. Florianópolis: Saint Germain, 2004.
- ODENT, M. *O renascimento do parto*. Florianópolis: Saint Germain, 2002.
- OLIVEIRA, M. I. C. de et al. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 895-902, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6234.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2013.
- PAIM, J. et al. The Brazilian Health system: history, advances and challenges. *The Lancet*, London, p. 11-31, 2011. Disponível em: [http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925\\_brazil.pdf](http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil.pdf). Acesso em: 3 set. 2018.
- PEREIRA, R. da R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 579-589, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/05.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.
- PREVIATTI, J. F.; SOUZA, K. V. de. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 60, n. 2, p. 197-201, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a12v60n2.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2020.
- RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 19-33, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n1/5039.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.
- ROCHA, S. M. M.; SIMPIONATO, E.; MELLO, D. F. de. Apego mãe-filho: estudo comparativo entre mães de parto normal e cesárea. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 56, n. 2, p. 125-129, mar./abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a02v56n2.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2013.
- RODRIGUES, L. P. F. *Dar à luz... renascer: gravidez e parto*. São Paulo: Ágora, 1997.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Condições frequentemente associadas a cesariana sem respaldo científico. *Femina*, [S. l.], v. 38, n. 10, p. 505-516, set. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013.

TEDESCO, R. P. *et al.* Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 791-798, nov./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n10/22906.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2013.

# 5

## TORNAR-SE MÃE DE UM BEBÊ PREMATURO: OSCILAÇÕES ORIUNDAS DA PREMATURIDADE E AS DINÂMICAS AFETIVO-SEMIÓTICAS ASSOCIADAS A ESTA EXPERIÊNCIA

Isadora Sebadelhe  
Márcio Santana da Silva

A gravidez, compreendida por um ciclo que tem duração estimada de 40 semanas, é um período repleto de complexidade, em que diversas mudanças são experimentadas pela mulher. Tais modificações não se restringem a aspectos físicos, mas também psíquicos. Nesse período há a suscetibilidade à emergência de conteúdos inconscientes simbólicos que servirão como base, juntamente com experiências anteriores vivenciadas pela mãe, para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê após o nascimento. (MALDONADO, 2002; PICCININI et al., 2004; RAPHAEL-LEFF, 1997)

Durante a gestação já há o prenúncio da relação que será estabelecida futuramente entre mãe e filho. A mãe se relaciona com o bebê especialmente através de suas expectativas e das interações vivenciadas ainda no período gestacional. (PICCININI et al., 2004) Essas expectativas, por sua vez, se configuram como elo relacional entre ambos, já que mãe e filho, especialmente durante o primeiro trimestre gestacional, são praticamente invisíveis um para o outro.

As expectativas maternas em relação ao filho são geradas a partir de coconstruções engendradas pelos processos de socialização experimentados ao longo do ciclo vital, a partir de experiências anteriores e de conteúdos conscientes e inconscientes que se relacionam com as expectativas geradas acerca daquele bebê

especificamente. (MALDONADO, 2002) No segundo trimestre gestacional, no entanto, as expectativas então mencionadas se exacerbam. Mãe e bebê deixam de ser “invisíveis” um para o outro, já que o feto, através de sua movimentação, comunica sua existência concreta (PICCININI et al., 2004) e, do mesmo modo, apresenta alguns sistemas fisiológicos – tais como o sistema auditivo e a ampliação das possibilidades de percepção acerca do mundo fora do útero materno –, já em estágio de desenvolvimento mais avançado, ampliando a possibilidade de estabelecer um processo interacional mais evidente, ainda no ambiente intrauterino.

A percepção materna dos movimentos fetais é considerada um dos elementos mais importantes da gestação. Ela inaugura um vínculo relacional novo entre mãe e bebê e, com isso, há uma tendência de aumento nas expectativas. (PICCININI et al., 2004) É através da percepção da movimentação do bebê que a mãe começa a atribuir características ao temperamento do filho e, a partir do estreitamento do vínculo materno-fetal e da constante experimentação dessa interação, a mãe pode chegar a estabelecer uma comunicação efetiva, compreendendo estados e necessidades do bebê, ainda dentro da barriga, (MALDONADO, 2002; RAPHAEL-LEFF, 1997) desenvolvendo gradativamente comportamentos responsivos que serão fundamentais para o período pós-nascimento.

Com o andamento da gravidez e a entrada no terceiro trimestre de gestação, as expectativas em relação ao feto tendem a diminuir. Dessa forma, as fantasias típicas dos trimestres anteriores desvanecem, dando lugar ao bebê real. (PICCININI et al., 2004; STERN, 1997)

Ao pensarmos nos efeitos de tamanha expectativa materna a respeito de seu bebê, encontramos uma diversidade de aspectos imaginativos que merecem ser sublinhados. Szejer (1997) ressalta que, ao projetar excessivamente seus sentimentos e expectativas no feto, a mãe retira do bebê a possibilidade de ser reconhecido por ela como um indivíduo único. Dito de outra forma, o bebê passa a ser idealizado e reconhecido através das lentes maternas, suprimindo seu espaço de existência como um ser complexo e singular.

Piccinini e demais autores (2004) referem, no entanto, que algumas gestantes têm dificuldades de investir no bebê por medo de serem frustradas diante da realidade que se apresenta. Sendo assim, apresenta-se o oposto da situação discutida anteriormente: ao invés de retirar do filho a possibilidade de ser reconhecido quanto à sua individualidade a partir do excesso de expectativas, a mãe suprime parte de sua idealização por medo de ser frustrada ao deparar-se com seu bebê. Se pensarmos no nascimento prematuro, de maneira emblemática, o bebê gestado imaginativamente ao longo de todo o ciclo gravídico – incluindo projeções imaginativas permeadas por toda história de vida da mulher – se apresenta de maneira bastante distanciada do bebê real: não se trata de um recém-nascido de peso ideal,

com formas arredondadas, saúde intacta, plenamente apto à mamada; trata-se de um bebê frágil, de baixo peso, necessitando de alguns cuidados específicos e sujeito a oscilações constantes quanto ao seu estado de saúde.

Cabe sublinhar que, no contexto da prematuridade, a realidade se apresenta de maneira distanciada das expectativas cultivadas ao longo do período gestacional, por vezes, caracterizando antagonismos. A mãe que, ao longo de sua história de vida e da gestação, idealizou um bebê saudável, a termo, se depara com um bebê com capacidades interativas diminuídas e fisicamente distanciada das fantasias construídas anteriormente. (ADREANI; CUSTÓDIO; CREPALDI, 2006; DAVIS; THOMAN, 1987; GORSKI; DAVINSON; BRAZELTON, 1979) Apesar de tal aspecto se tornar bastante imperativo no contexto do nascimento prematuro, cabe referir que mesmo gestantes com gravidezes normativas e mães de bebês a termo podem atribuir à gestação expectativas de insucesso e perda. Estas, por sua vez, expressam-se através de sentimentos e preocupações excessivas com o filho ao longo da gravidez e no período que sucede o nascimento. (PICCININI et al., 2004)

Por outro lado, as expectativas maternas vivenciadas ao longo do ciclo gravídico podem funcionar de maneira diferente daquela evidenciada anteriormente, na medida em que promovem o estabelecimento do lugar existencial do bebê. É a partir delas que ele passa a existir como ser humano. (PICCININI et al., 2004; SZEJER, 1997) É através do investimento de desejos e fantasias maternas que o bebê vai ganhando esse espaço no psiquismo e na vida da mãe. Afora isso, com o advento da tecnologia há cada vez mais exames através dos quais se tem acesso aos dados concretos do bebê e, embora realidade e fantasia se misturem ao longo do ciclo gestacional no psiquismo materno, o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real só se concretiza após o nascimento. (PICCININI et al., 2004) Cabe-se ressaltar, no entanto, que ainda que elementos reais permeiem a identificação imaginária do filho, há a possibilidade de que fantasias e idealizações não correspondam à realidade. (PICCININI et al., 2004; SZEJER, 1997)

A despeito de pontos de interseção entre o bebê real e o bebê gestado imaginativamente, algumas gestantes permanecem alicerçadas em seus desejos e fantasias no que diz respeito à construção da imagem mental do bebê. (PICCININI et al., 2004) Sendo assim, especialmente no terceiro trimestre de gestação, fantasias ligadas tanto à imaginação quanto a dados reais do bebê coexistem e, por sua vez, configuram a imagem mental acerca do filho que está sendo gestado, marcando um processo de transição entre fantasia e realidade que, por sua vez, poderá se sobrepor à relação mãe-bebê futuramente. (PICCININI et al., 2004)

Sobre o nascimento prematuro, há um acréscimo no que diz respeito a sentimentos de angústia e insegurança na vivência materna nos últimos meses de gestação, bem como nos meses que sucedem o nascimento, sublinhando particularidades

nas expectativas maternas vinculadas ao bebê nascido antes de trinta e sete semanas de gestação. (ESTEVEES, 2009) O estado de sensibilidade exacerbada vivenciado pela mãe no último trimestre de gestação, denominado *preocupação materna primária*,<sup>1</sup> é vivenciado de maneira mais exacerbada por mães de recém-nascidos pré-termo, podendo perdurar por meses após o nascimento e reverberar no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. (ESTEVEES, 2009)

Ao nascer, o bebê se encontra numa situação de absoluta dependência. Nesse contexto, é geralmente a mãe que detém a possibilidade mais imediata de cuidado. Embora a relação entre mãe e bebê seja amparada pela dependência absoluta no início da vinculação, no decorrer da vida, a partir do crescimento emocional adquirido na relação mãe-bebê, esta tende a desvanecer. (LOPES, 2012) No entanto, inicialmente, para a assimilação de um novo modo de operar psíquico, orientado pelo eu-materno, mãe e bebê assumem uma relação indissociável e absoluta, constituída pelos papéis que justificam a relação estabelecida pela díade. (ESTEVEES, 2009) Tal relacionamento é forjado já nas primeiras interações mãe-bebê. (BOWLBY, 1989) Sendo assim, a natureza do vínculo que será estabelecido após o nascimento é alicerçada já no período sensível.<sup>2</sup> Esses padrões de relacionamento vinculados à relação primordial entre mãe e bebê poderão permear o estabelecimento dos vínculos subsequentes ao longo da vida, (BOWLBY, 1989) e, conseqüentemente, o desenvolvimento psicossocial e afetivo do futuro adulto.

Nesse sentido, é possível perceber o fenômeno complexo compreendido na assunção do papel parental. Tornar-se mãe encerra uma série de modificações significativas na vida da mulher, transformando-a desde o período gestacional até os anos que sucedem o nascimento de seu filho. (ESTEVEES, 2009) Afora isso, é da genitora – comumente – o papel de ciceronear o bebê diante do novo mundo no qual ele acaba de se inserir ao nascer.

Partindo-se do pressuposto de que a vinculação mãe-bebê tem início desde o período gestacional e tomando-se como base a tarefa materna de integrar afetivamente o novo bebê ao mundo, pensar na separação da díade já nos primeiros momentos de vida encerra uma série de questões acerca do desenvolvimento do bebê e das competências parentais, principalmente do ponto de vista do afeto. A separação vivenciada logo após o parto pode gerar conseqüências negativas no que diz respeito à relação mãe-bebê. (ESTEVEES, 2009) No entanto, no caso do nascimento prematuro, a separação precoce da díade ocorre de maneira recorrente.

1 Winnicott (1975) se refere a um estágio natural de sensibilização pelo qual a mãe passa desde os últimos meses de gestação até o período pós-natal, que funciona como uma espécie de preparação para assunção da função materna. Sinteticamente, essa seria a *preocupação materna primária*.

2 De acordo com a Teoria do Apego, (BOWLBY, 1989) o período sensível diz respeito às primeiras horas após o nascimento do bebê.

## SEPARAÇÃO PRECOCE DA DÍADE E O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Historicamente, o cuidado do recém-nascido pré-termo estava associado à extrema necessidade de assepsia, (KLAUS; KENNEL, 1992) principalmente a partir da disseminação da crença de maior suscetibilidade à contaminação pelo contato humano. Todavia, em estudo realizado na década de 1990, Klaus e Kennel (1992) encontraram resultados que apontavam para a inexistência de aumento significativo nas taxas de contaminação de bebês pré-termo a partir do contato com os pais. Ademais, os referidos autores encontraram dados importantes no que diz respeito ao estímulo do desenvolvimento físico e emocional dos bebês a partir da relação precoce com os genitores.

Mediante a realização de estudos, uma série de outras pesquisas realizadas<sup>3</sup> em ambiente hospitalar verificaram os benefícios da presença dos pais nesse momento crucial da vida de seus filhos e deles próprios, abrindo espaço para fomentação de ideias tais como a humanização do cuidado e a criação do Método Canguru, por exemplo.

A partir de então, o vínculo mãe-bebê assumiu outra dimensão diante do cuidado despendido ao recém-nascido pré-termo, tendo em vista sua importância no desenvolvimento global da criança. (ESTEVES, 2009)

Do ponto de vista da experiência materna de gestar, já foram discutidas as imensas repercussões práticas e psíquicas que tornar-se mãe promove na vida de uma mulher. No contexto do nascimento prematuro, no entanto, essa experiência assume conotações específicas. De acordo com Lebovici (1987), ao defrontar-se com a incapacidade de gestar até a trigésima sétima semana de gestação, a mãe se depara também com a dificuldade de encarar a fragilidade de seu bebê.

Do ponto de vista do ciclo vital é esperado que os pais tenham a vida encerrada na vida dos filhos e não o oposto, ou seja, espera-se que o encerramento da vida dos pais aconteça ao longo do curso de vida dos filhos. Pensar na morte do filho é pensar, talvez, numa ruptura não esperada. Como a prematuridade é o nascimento, mas também é arrebatada pelo espectro da morte, tal experiência pode vir a confundir sensações, sentimentos e posicionamentos maternos diante do bebê. De acordo com Lebovici (1987), a dor característica da interrupção do vínculo materno-fetal é vivenciada de maneira exacerbada pela mãe de um recém-nascido pré-termo. Talvez esse fato decorra da vivência de uma separação drástica tanto do ponto de vista físico – com o corte do cordão umbilical e separação do corpo da mãe

.....  
3 Tais como: Bittar, Francisco e Zugaib (2013); Souza e demais autores (2009); Serra e Scochi (2004); Scochi e demais autores (2003); Fieldman e demais autores (2002); Moreira e demais autores (2009); Nirmala, Rekha e Washington (2006), dentre outros.

do corpo do filho (como ocorre em todos os nascimentos) – quanto do ponto de vista simbólico (essa dimensão, embora também ocorra em todos os nascimentos, pode ser agravada com a separação prolongada por dias, às vezes meses, no contexto do nascimento prematuro).

O distanciamento precoce da díade acaba por promover um maior estranhamento da mãe diante de seu próprio filho. Ao dar à luz a um recém-nascido prematuro, a mãe se defronta com um bebê muito distanciado daquele que fora idealizado ao longo da gestação. (KLAUS; KENNEL, 1992) Diante disso, a mãe pode passar por um processo de luto suscitado pela constatação de que o filho real não é o filho perfeito tão desejado. (KLAUS; KENNEL, 1992; STERN, 1997) Algumas genitoras também experimentam sentimentos de inconformidade nos quais atribuem ao bebê a responsabilidade pela infelicidade vivenciada diante do nascimento prematuro. (ESTEVES, 2009)

Assim, o nascimento ocorrido precocemente parece estar circunscrito na vivência de uma experiência traumática, geradora de sentimentos e estados mentais adversos. A angústia característica da transição para a parentalidade, mais fortemente experienciada nos primeiros momentos de mãe e bebê, tende a se acentuar. De tal forma, o desafio de tornar-se mãe de um recém-nascido pré-termo adquire proporção ainda maior, já que além de lidar com o processo de enlutamento diante do filho imaginário, há ainda a ansiedade característica da separação precoce, bem como a necessidade de lidar com a morte real, que pode ser instaurada a qualquer momento. (ESTEVES, 2009)

Assim sendo, fica posto que a gravidez é, em si, uma transição promotora de mudanças profundas no psiquismo materno. (SZEJER, 1997) Quando, a essa experiência, é acrescida a intercorrência caracterizada pelo nascimento prematuro, o impacto vivenciado pode ser ainda maior. Frustração de expectativas, sentimentos de angústia, medo da perda, ambivalência diante da condição do filho e da própria condição de mãe, todos esses são elementos que parecem perpassar a experiência de tornar-se mãe de um recém-nascido prematuro. Afora todas as questões culturais envolvidas na assunção do lugar parental, a mãe de um bebê prematuro ainda deve lidar com uma diversidade de elementos inesperados, promotores de estados emocionais confusos e dificuldades de adaptação à nova realidade.

#### AS MODALIDADES DE CUIDADO DISPENSADAS AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E O VÍNCULO MÃE-BEBÊ

Diversas intercorrências biológicas e psicológicas são descritas pela literatura como relacionadas ao nascimento prematuro e tal questão ainda permanece com alguns aspectos obscuros, devido à multifatorialidade envolvida na caracterização do

nascimento prematuro. Porém, quando o acontecimento se concretiza, de fato, as saídas referentes ao cuidado diante do bebê pré-termo são quase sempre as mesmas.

O cuidado tradicional dispensado ao bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é a mais comum dessas saídas, afinal trata-se de um ambiente no qual estão alocados equipamentos necessários para os cuidados iniciais com o recém-nascido de baixo peso (GORZÍLIO, 2013; PINHEIRO et al., 2009; SOUZA et al., 2009) e onde se encontram profissionais de saúde especializados para lidar com tal condição adversa. (PINHEIRO et al., 2009)

A incubadora é a representação clássica do cuidado tradicional na UTIN. Trata-se de um dos mais importantes avanços no cuidado com recém-nascidos prematuros. (PINHEIRO et al., 2009) Sua idealização ocorreu por parte de M. Tarnier, ainda no século XIX. (PINHEIRO et al., 2009) Porém, a implementação e popularização do equipamento data da década de 1950, (GORZÍLIO, 2013) e tem por objetivo fornecer ao bebê pré-termo condições similares à vida intrauterina, tais como regulação de temperatura e ar filtrado, dentre outras. (PINHEIRO et al., 2009) Por muito tempo foi considerada o microambiente ideal para o desenvolvimento regular e adequado do recém-nascido pré-termo, (PINHEIRO et al., 2009) já que o nascimento prematuro implica na incompletude do desenvolvimento de aparelhos biológicos, que tornam o bebê mais vulnerável a deficiências e atrasos desenvolvimentais. (KERSTJENS et al., 2011) Porém, a permanência por períodos muito prolongados na incubadora está relacionada à incidência de alguns problemas à saúde do neonato, tais como surdez e complicações advindas da manipulação excessiva inerentes ao tratamento. (PINHEIRO et al., 2009)

Considerando o nível de maturação e organização neurocomportamental, o recém-nascido pré-termo apresenta diversas semelhanças com o feto. (GORZÍLIO, 2013) No entanto, ao nascer antes de completar a idade gestacional adequada, o bebê se despede do ambiente intrauterino sem as condições necessárias para adaptar-se ao mundo, deixando para trás a proteção do útero da mãe, para adentrar em um ambiente estressor e com inúmeros elementos de estimulação. (GORZÍLIO, 2013; PINHEIRO et al., 2009)

Devido à quantidade de estímulos existentes no ambiente de internação de neonatos, a partir da década de 1970 estudiosos se interessaram em estudar os efeitos do ruído no contexto da UTIN no desenvolvimento de bebês prematuros. (PINHEIRO et al., 2009) A partir da constatação da influência do ruído no ambiente da UTIN e na incubadora no estado de saúde do neonato e no estado motivacional da equipe multiprofissional, desenvolveu-se, na década de 1990, uma série de estudos considerando os níveis de pressão sonora (NPS) na UTIN e na incubadora para a promoção de um cuidado desenvolvimental e individualizado do recém-nascido pré-termo que garantisse melhores condições ao neonato. (DANIELLE et al., 2012; PINHEIRO et al., 2009)

O cuidado desenvolvimental foi introduzido na década de 1980. (PINHEIRO et al., 2009) Trata-se de uma estratégia criada para promover maior bem-estar e maior segurança ao recém-nascido prematuro, reduzindo o nível de ruído e a intensidade da iluminação da UTIN e da incubadora. O cuidado desenvolvimental e individualizado do neonato pré-termo prevê, também, o menor número de manipulações do bebê quanto for possível, intercalando-as com maiores períodos de descanso. (PINHEIRO et al., 2009)

Embora a UTIN seja o contexto responsável por fornecer o cuidado multidisciplinar e especializado do qual o bebê pré-termo precisa para sobreviver, trata-se de um ambiente com demasiados elementos estressores que expõem o recém-nascido à possibilidade de danos desenvolvimentais de longo prazo. (NEILLE; GEORGE; KHOZA-SHANGASE, 2014) As intercorrências provenientes da hiperestimulação oriunda da UTIN podem ser observadas a partir de uma variedade de manifestações do neonato, tais como: estresse, irritabilidade, alteração dos ritmos cardíacos e respiratórios, alteração da pressão arterial e da oxigenação, aumento do peristaltismo e do consumo de glicose, dentre outros. (DANIELLE et al., 2012) Essas condições podem promover um retardo na recuperação e na estabilização do bebê hospitalizado. (DANIELLE et al., 2012)

Portanto, conhecer profundamente o ambiente da UTIN e seus elementos estressores torna-se de suma importância, no que diz respeito ao desenvolvimento de técnicas que minimizem a exposição do recém-nascido à superestimulação e, conseqüentemente, aos danos desenvolvimentais potenciais advindos da superestimulação precoce e de condições inerentes ao nascimento pré-termo. (DANIELLE et al., 2012; GORZÍLIO, 2013; NEILLE; GEORGE; KHOZA-SHANGASE, 2014)

Apesar dos avanços tecnológicos voltados para a estabilização e para a sobrevivência do recém-nascido pré-termo serem extremamente relevantes no que diz respeito à saúde biológica, existem outros aspectos que devem ser levados em consideração. O ambiente da UTIN se configura como um contexto muito distante da vivência no seio familiar. (DANIELLE et al., 2012) Trata-se de um contexto que promove um distanciamento muito grande entre a idealização dos pais a respeito dos primeiros momentos de vida de seu bebê e o que de fato acontece. (SZEJER, 1997) Portanto, embora a UTIN seja um ambiente de alta complexidade extremamente equipado para o melhor atendimento ao bebê prematuro, (COSTA; PADILHA, 2011) também se configura como um contexto promotor de maiores estados de sofrimento e da intensificação de sentimentos como medo, solidão, sensação de incompetência parental, culpa, principalmente quando opera como elemento dificultador de maior proximidade entre a família, especialmente entre a mãe e o neonato. (DANIELLE et al., 2012)

Mais recentemente, o discurso e as medidas para a humanização do cuidado estão tomando mais corpo e ganhando mais força no que diz respeito à saúde como um todo e ao cuidado com os recém-nascidos pré-termo. (PINHEIRO et al., 2009)

Nessa perspectiva, foi instaurada no ano 2000, no Brasil, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, através da Portaria nº 693. (COSTA; PADILHA, 2011) Trata-se da promoção de uma adequação contínua da técnica a medidas que promovam a aproximação da família ao recém-nascido pré-termo, levando-se em consideração, sempre, a melhora do quadro clínico do neonato. (COSTA; PADILHA, 2011)

O Método Canguru (MC), também chamado de Programa Canguru ou Programa Mãe-Canguru, foi desenvolvido originalmente em Bogotá, na Colômbia, no ano de 1978, pelos doutores Edgar Rey Sanabria e Hector Martínez Gomes, para suprir uma necessidade econômica de hospitais públicos. (MOREIRA et al., 2009) No MC, o objetivo é substituir a artificialidade da incubadora pela proximidade entre mãe e filho o quanto antes. Através do contato pele a pele, a mãe – pai, irmãos, avós, padrinhos, amigos – substitui progressivamente a incubadora, mantendo a regulação térmica do recém-nascido pré-termo (TOMA, 2003) e estimulando o estabelecimento do vínculo mãe-bebê.

No Brasil, o MC faz parte de um conjunto de medidas políticas que visam à humanização do atendimento neonatal, implementado em inúmeras instituições de cuidado públicas e conveniadas ao Sistema Único de Saúde, o SUS. (BRASIL, 2002; MOURA; ARAÚJO, 2005)

De acordo com as normas instituídas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), o MC é composto por três fases: 1) internamento do bebê na UTIN para estabilização do quadro clínico e dos sinais vitais do recém-nascido, com posterior quadro informativo a respeito de seu estado de saúde. Nessa fase, o contato tátil com a mãe é estimulado sempre que possível; 2) após o ganho de peso e a estabilização completa do bebê, é introduzido o contato pele a pele pela duração que for prazerosa para mãe e filho; 3) depois segue-se com a alta hospitalar e comprometimento da mãe na continuidade dos cuidados em ambiente domiciliar, assim como a manutenção da frequência ao ambulatório. É importante ressaltar que a posição canguru, considerada o princípio básico do Método Canguru, pode ser ofertada em qualquer estágio de internamento do recém-nascido pré-termo, podendo substituir total ou parcialmente o uso da incubadora. (MOURA; ARAÚJO, 2005)

O MC tem demonstrado uma série de resultados favoráveis, como a redução da morbidade e do período de internação dos bebês pré-termo, melhoria na duração da amamentação e no senso de competência dos pais. Além de efeitos positivos mais imediatos, estudos vêm mostrando que os ganhos relacionados ao fornecimento do cuidado canguru são, também, de longo prazo. (TOMA, 2003) Em

estudo realizado em 2002, Fieldman e demais autores avaliaram comparativamente os efeitos dos cuidados tradicionais e do cuidado canguru em três momentos distintos: durante a internação, três meses e seis meses após a alta hospitalar. Os resultados demonstraram que o MC, especificamente o contato pele a pele, tornou a interação entre mãe e bebê mais positiva ainda no ambiente hospitalar, com maiores demonstrações de afeto, bem como maior estado de alerta dos bebês pré-termo. Afora isso, as mães tenderam a perceber seus bebês como menos vulneráveis e demonstraram menores índices de depressão. Após três meses da alta hospitalar, a avaliação foi feita no ambiente domiciliar. Foi percebida maior responsividade em mães que forneceram o cuidado canguru aos seus filhos e o ambiente domiciliar foi considerado mais estimulante. Seis meses após a alta, os bebês foram avaliados em laboratório e demonstraram melhores taxas de desenvolvimento psicomotor. (FIELDMAN et al., 2002)

Outros estudos confirmam os benefícios do MC para o desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo. Fieldman e Eildman (2003) referem o aumento das taxas de desenvolvimento neurocomportamental em bebês prematuros que receberam o cuidado canguru. Almeida, Almeida e Forti (2007) referem melhoria nos sinais vitais, tais como frequência cardíaca e respiratória. Por sua vez, Lawn e demais autores (2010) referem os benefícios que o MC promove no que diz respeito à prevenção de morte neonatal e complicações oriundas do nascimento prematuro.

Para além desta questão, em toda literatura referente ao MC sobre seus objetivos e benefícios, a relação aproximada com o bebê – seja da mãe ou da figura de cuidado que desempenha esse papel – é referida como elemento central desta modalidade de cuidado. No caso da relação estabelecida entre mãe e bebê, Fieldman e demais autores (2002), Fieldman e Eildman (2003), Toma (2003), Almeida, Almeida e Forti (2007), Moreira e demais autores (2009), Kraljevic e Warnock (2013), Lawn e demais autores (2010) referem que o MC auxilia a mãe na superação dos obstáculos físicos e psicológicos impostos pelo nascimento pré-termo, aumentando a possibilidade do estabelecimento de um vínculo saudável entre mãe e filho.

O MC, portanto, vem com o intuito de preencher uma brecha percebida no cuidado tradicional: o distanciamento da díade mãe-bebê. E, obviamente, suas repercussões no desenvolvimento do recém-nascido e no enfrentamento materno. Nesse sentido, a inclusão da família no processo de cuidado acaba por ser estimulada na mesma medida.

## A EXPERIÊNCIA MATERNA DE CUIDADO: O MC E A UTIN

Para ilustrar as experiências de nascimento e, conseqüentemente, de estabelecimento de vínculos entre a díade mãe-bebê a partir de condições diferentes oportunizadas pelos ambientes de internamento – UTIN e MC –, foram selecionados trechos de estudo realizado<sup>4</sup> no ano de 2015, com mães de recém-nascidos pré-termo cuidados tanto na UTIN quanto no MC. É possível, desde já, afirmar que, mesmo nas condições associadas à prematuridade, ***nascer não é igual para todos***.

### *A experiência de Maria<sup>5</sup>*

Maria<sup>6</sup> é uma mulher de 30 anos de idade, casada, católica, primípara e mãe de um bebê recém-nascido. Embora tenha almejado tornar-se mãe durante boa parte de sua vida – inclusive ao relatar suas brincadeiras de boneca durante a infância –, os planos de engravidar se tornaram mais intensos desde que se casou. Maria deu à luz a Luiza, que nasceu com idade gestacional de trinta semanas devido a uma intercorrência causada por deslocamento de placenta e conseqüente sangramento. Luiza estava sem oxigênio dentro do útero e o nascimento prematuro foi, na verdade, a única forma de ambas sobreviverem à gravidez que, posteriormente, confirmou-se como gestação de alto risco. Na ocasião do nascimento, Maria estava sem o marido, sendo acompanhada pela sogra.

Após dar a luz, Maria foi encaminhada para a UTI, sendo impossibilitada de ver sua filha. Relatou ter se sentido triste por não receber sua filha nos braços, o que considerou ser algo típico na prematuridade, e a fez pensar que sua filha estava bem. Porém, quando pôde ver Luiza, Maria relatou ter sido impactante vê-la cheia de tubos e monitores, e que aquela imagem a deixou entristecida e estarecida, já que imaginou, a partir do que viu, que o estado de sua filha era demasiadamente grave e que dificilmente ela sobreviveria.

Luiza fora encaminhada à UTIN logo após seu nascimento e lá permaneceu por 12 dias. Nesse intermédio, Maria obteve alta médica e precisou deixar o hospital. Segundo a participante, esse foi o pior momento vivenciado dentro da

4 Tal estudo diz respeito à pesquisa desenvolvida no curso do meu mestrado. Foi realizada uma pesquisa narrativa com mães de bebês prematuros durante o processo de internamento na UTIN e no MC. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/23965/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20-%20ISADORA%20SEBADELHE%20EL-AOUAR.pdf>.

5 Há, aqui, somente fragmentos do relato da experiência. Para acessar o conteúdo na íntegra, é preciso recorrer à dissertação de mestrado intitulada: *Tornando-se mãe de um bebê prematuro: a emergência de significados de maternidade a partir da experiência de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e ambulatório do Método Mãe Canguru*, disponível no site da UFBA.

6 É importante salientar que todos os nomes utilizados ao longo da análise, na descrição de casos e episódios, são fictícios.

maternidade: teria que ir para casa de braços vazios e deixar sua filha sob o cuidado de pessoas especializadas, gentis, porém desconhecidas. Maria, em sua narrativa, contou que, ao deixar sua filha na UTIN e voltar para casa, sentia uma sensação muito ruim. Sensação essa, que, segundo sua narrativa, “*não desejaria nem para o pior inimigo.*”

Durante o referido período, era inevitável que ela pensasse na morte como uma possibilidade para seu bebê. De acordo com Maria, todas as vezes que ela ia para casa e deixava Luiza no hospital sentia medo de voltar e não encontrá-la viva. Fora isso, dois fatores influenciavam diretamente no aumento ou na diminuição da apreensão de Maria, quanto ao estado de saúde da filha: a instabilidade do quadro (ora Luiza estava intubada, respirando com ajuda de aparelhos, ora Luiza permanecia sem qualquer auxílio tecnológico para respirar e se alimentar) e a notícia da morte de outros bebês, filhos de mães que ela conheceu durante o período de internamento da filha. Para Maria, naquele contexto, a morte acabava sendo o centro das atenções. Após 12 dias, Luiza foi encaminhada para o MC e ambas permaneceram no ambulatório por mais de 33 dias. Maria relatou se sentir bastante à vontade. Contou ter sentido sua vida renovada, já que pôde ver muitos bebês na mesma condição de sua filha e retirar o peso que sentia das costas, pois acreditava ter sido fraca e incapaz de segurá-la por nove meses na barriga. Ela se culpava bastante pela precipitação do nascimento de Luiza, principalmente durante sua passagem pela UTIN. No MC, entretanto, Maria se sentia empoderada, detentora dos conhecimentos necessários para cuidar de seu bebê. Segundo ela, o ambulatório canguru, onde o MC é desenvolvido, é um ambiente que eleva a autoestima das mães, já que ensina tudo que elas precisam saber para lidar com bebês prematuros, deixando-as aptas a realizar todo tipo de cuidado e, por tal motivo, eleva também a sensação de exercício concreto da maternidade. Maria contou que se sentia “mais mãe” de Luiza depois que chegou ao canguru.

### *A experiência de Madalena*

Madalena é uma mulher de 27 anos de idade, casada e mãe de um bebê recém-nascido. Apesar de ter se declarado como não pertencente a nenhuma religião, ao longo do internamento do filho aderiu a uma crença religiosa, tornando-se evangélica, pois contou ter sentido necessidade. Madalena já havia engravidado anteriormente e teve uma experiência extremamente traumática: todo período gestacional foi marcado por uma série de intercorrências, dentre as quais estavam fortes dores abdominais, enjoos recorrentes e dificuldade de alimentar-se corretamente. Embora houvesse uma série de indícios de que a gravidez transcorria fora dos padrões de normalidade, Madalena e seu marido não recorreram às consultas de pré-natal para

averiguar o porquê do mal-estar contínuo. Às vinte e nove semanas de gestação, ela deu à luz seu primeiro filho. Fatalmente, o bebê nasceu com o estado de saúde bastante precário e não resistiu, falecendo pouco tempo após o nascimento. Madalena relatou não possuir dados sobre o motivo pelo qual o óbito aconteceu, no entanto, foi informada pelo médico de que, caso houvesse estrutura hospitalar adequada, tal qual uma UTIN, possivelmente seu filho teria resistido ao nascimento prematuro.

A partir desta experiência traumática, como referida pela participante, seu casamento não se sustentou. Cerca de um ano e meio depois, conheceu Vicente, seu atual marido, e logo foram morar juntos. Vicente não tinha o desejo de se tornar pai, todavia, com o decorrer do relacionamento, passou a considerar a paternidade como um objetivo, um sonho a ser alcançado ao lado da esposa. Já Madalena, que antes de sua primeira gravidez jamais havia pensado em tornar-se mãe, cultivava a enorme vontade de realizar a transição para a maternidade, principalmente após a interdição vivenciada.

Algum tempo depois, Madalena engravidou novamente. A gravidez transcorreu sem nenhuma dificuldade, diferente do que acontecera na gestação anterior. Por esse motivo, a participante relatou não ter relacionado as experiências gestacionais ao longo do segundo ciclo gravídico às vivências experimentadas na gestação anterior, na qual perdeu o primeiro filho. Todavia, em vários trechos da narrativa ficou claro que inevitavelmente comparações eram feitas, principalmente a partir da experimentação de alguma sensação negativa, fosse física ou emocional. Madalena vivenciou diversas situações de angústia em função do medo que sentia de perder um filho novamente. Apesar disso, existia um movimento constante na tentativa de dissociar uma experiência da outra, reforçada pelas características gestacionais completamente diferenciadas em relação à anterior.

Porém, poucos dias antes de completar sete meses de gestação, Madalena foi surpreendida pela perda de líquido amniótico. Assim que a intercorrência foi percebida, buscou atendimento médico. Chegando ao hospital, após exames clínicos, o casal foi informado de que Madalena havia perdido todo o líquido amniótico e que precisava ser transferida para um hospital de grande infraestrutura. Apesar da necessidade de transferência, Madalena contou ter ficado extremamente calma, pois imaginava que chegaria ao hospital e tomaria algum medicamento para sustentar a gravidez até os nove meses. No entanto, não foi isso que aconteceu. Ao passar pelo serviço de triagem da maternidade localizada em Salvador/BA, Madalena foi encaminhada à enfermaria, onde ficou por três dias, recebendo medicação intravenosa com o objetivo de acelerar o desenvolvimento do cérebro e dos pulmões do bebê, para que, então, o nascimento pudesse ocorrer em melhores condições. Todavia, a intenção da equipe médica era de permitir que Madalena permanecesse grávida pelo máximo de tempo que fosse possível.

Após três dias de internamento, Madalena sentiu fortes dores abdominais, cuja causa era uma infecção contraída pelo feto. Por tal motivo, o nascimento precisou ser antecipado e a equipe médica administrou a medicação necessária para a realização de parto induzido.

Uma vez concretizado o nascimento, Madalena pôde carregar seu filho nos braços. Ela contou ter experimentado dois sentimentos ao mesmo tempo. O primeiro deles dizia respeito a um amor profundo, impossível de ser descrito ou explicado a alguém que nunca experienciou a maternidade. O segundo se referia ao medo de que Inácio – nome atribuído ao bebê – passasse muito tempo sem os cuidados necessários; desejava que o levassem à UTIN o quanto antes. E assim foi feito. Pouco tempo depois de ter ido ao colo da mãe, Inácio foi encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde permaneceu até o último encontro entre a pesquisadora e a participante, totalizando, na ocasião, 55 dias de internamento.

Madalena contou ter sido extremamente difícil manter-se bem, diante da instabilidade clínica de seu bebê, preferindo abster-se de algumas visitas para não demonstrar sua fragilidade e piorar as condições vivenciadas por Inácio. Segundo Madalena, o estado emocional da mãe influencia diretamente no processo de recuperação do filho.

Por fim, Madalena demonstrou vontade de ser encaminhada ao ambulatório canguru, considerando que no referido contexto seria instrumentalizada quanto aos cuidados adequados e necessários diante da prematuridade de Inácio. Referiu que não se tratava de um bebê normal, de nove meses, e que por tal motivo precisava ser tratado de maneira especial. Afora isso, Madalena verbalizou sua insegurança quanto ao processo de alta. Para ela era mais importante permanecer no hospital, que possuía excelente infraestrutura, do que ir para casa e não ter como socorrer o filho, caso fosse necessário.

### *O nascimento, o MC e a UTIN*

Tomando-se como base o acontecimento disruptivo<sup>7</sup> não normativo caracterizado pelo nascimento prematuro, é possível discorrer a respeito de alguns procedimentos terapêuticos recorrentemente utilizados no cuidado com o recém-nascido pré-termo. Aqui discorreremos brevemente sobre o Método Canguru e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A referida descrição se justifica por se tratarem de ambiências significativamente diferentes, desde a disposição física de móveis, ausência ou presença de aparelhos, até os procedimentos invasivos e a possibilidade

7 É importante sublinhar que o *status* de ruptura foi compreendido ao nascimento prematuro a partir das narrativas das mães acessadas em estudo que será, posteriormente, abordado neste capítulo.

de manutenção de contato físico mais aproximado entre mãe e bebê, que estão intimamente relacionadas ao estabelecimento do vínculo entre a genitora e o recém-nascido.

Sabe-se que o MC oferece maior possibilidade de estabelecimento de comportamentos maternos responsivos, visto que é da mãe a tarefa de reconhecer em seu bebê as necessidades apresentadas através de um contínuo contato físico e relacional. Na UTIN, por outro lado, a equipe multidisciplinar, os aparelhos e, sobretudo, a incubadora como signo preponderante associado à condição clínica do bebê pré-termo intensificam distanciamentos da díade mãe-bebê que, por sua vez, não competem só aos aspectos físicos, mas também simbólicos.

Nessa perspectiva, ao estudar trajetórias de mães de bebês prematuros que vivenciaram ambos os contextos terapêuticos, foi possível perceber que a construção de significados de maternidade diante dessa experiência está intimamente relacionada às oscilações características da prematuridade. Entendendo o nascimento prematuro como evento disruptivo não normativo, foi possível considerá-lo como ponto de partida para uma série de novas rupturas – às quais dei o nome de microrrupturas, considerando-as não como menos importantes frente ao impacto nas trajetórias maternas, mas somente como condicionadas à ruptura inicial caracterizada pelo próprio nascimento antecipado do bebê. Essas microrrupturas acabam por promover um incessante movimento de significação da experiência, bem como da construção de sentidos sobre si associados ao papel parental então assumido. Isto posto, foi possível relatar a emergência de um movimento semiótico-pendular em torno de signos que dessem conta de significar de maneira coerente a situação então experimentada.

É importante dizer que, no contexto da prematuridade, essa profusão de significados atribuídos à experiência, de maneira ininterrupta e oscilatória, se deu em torno de dois signos específicos (“morte” e “vida”), constituindo não uma oposição, mas um espectro de significação entre os dois extremos possíveis associados à condição do recém-nascido pré-termo: o bebê nasce e, portanto, comemora-se a vida; no entanto, o mesmo bebê traz gravado em seu próprio corpo o espectro associado à possibilidade de morte. Tal como um futuro antecipado imaginativamente, através da capacidade reflexiva do *self*, foi possível perceber um movimento pendular claro a partir das narrativas das mães acessadas no estudo em questão.

A partir das experiências relatadas, foi possível perceber que o MC e a UTIN não funcionam como modalidades antagônicas. Ambos são percebidos como etapas de um contínuo e integrado processo de cuidado dispensado ao bebê prematuro. Diante disso, o aspecto compreendido pela temporalidade exerce grande influência no desenrolar da experiência materna, modificando percepções, representações e sensações à medida que o recém-nascido se desenvolve.

Foi possível perceber também que à medida que o bebê prematuro ascendeu à condição de maior estabilidade clínica, houve a emergência de significados mais positivos frente à situação disruptiva ora enfrentada. O impacto promovido pelo medo da perda figurou como elemento central da experiência de transição para a maternidade no contexto do nascimento prematuro. A vivência, transcorrida de maneira idiossincrática, de cada participante teve como farol orientador o espectro de significados compreendido entre os signos “vida” e “morte”, e o *continuum* experiencial situado entre os extremos de tal espectro, já que a celebração característica diante de um nascimento era recorrentemente travestida de apreensão diante do declínio clínico do recém-nascido. O posicionamento favorável mediante assunção do lugar de mãe era permeado pelo medo constante de perder o filho, tal como foi postulado por Kreutz e Bosa (2013).

Segundo Dimenstein (2000), há um acréscimo do medo da morte na experiência materna inspirado pela prematuridade do filho. No entanto, a mesma condição de fragilidade acaba por figurar como promotora de maior força de vontade em direção ao enfrentamento da situação estressora na medida em que a imagem do bebê prematuro, para a mãe, torna-se símbolo de bravura e inspiração mediante a luta cotidianamente travada pela vida, tal como referido por Coppola, Cassibba e Constantini (2007). Sendo assim, percebe-se que o medo da morte assumiu, no psiquismo das mães acessadas, um posicionamento ambivalente: o bebê prematuro passou a ser considerado, portanto, frágil e ao mesmo tempo forte, por resistir às intercorrências que caracterizam o fenômeno aqui abordado.

Embora as experiências maternas desenhem trajetórias muito particulares, aspectos em comum são inevitavelmente identificados. No contexto da prematuridade não é diferente. A interdição temporária da função materna, o medo diante dos aparelhos da UTIN, o medo da perda, a vivência de estados emocionais negativos, a urgência em ver a melhora clínica do filho, o medo de cuidar, o medo de não saber, talvez o anseio de ir, finalmente, para casa. Todos esses aspectos podem ser e são intersecções em muitas das experiências acessadas e, alguns deles, nas experiências compartilhadas, analisadas e discutidas brevemente neste capítulo.

De maneira mais objetiva, pode-se perceber a multifatorialidade do fenômeno caracterizado pela prematuridade e a idiossincrasia de cada processo de transição para a maternidade. Essa multiplicidade de possibilidades experienciais está atada a um farol luminoso que nos guia e do qual ninguém pode escapar: o tempo. No caso do nascimento prematuro, é também a passagem do tempo representada no crescente desenvolvimento do bebê que auxilia, circunscreve, direciona o processo de compreensão diante desse novo lugar recentemente assumido: o lugar de mãe. A temporalidade é aspecto essencial para olhar o fenômeno aqui discutido. Desde o nascimento, perpassando pelo internamento na UTIN, vivenciando as

instabilidades do quadro clínico, experienciando o cuidado canguru, a possibilidade de aconchegar o filho nos braços, reeditando interdições anteriormente vividas – tais como os movimentos intrauterinos não sentidos, o abraço no período imediatamente subsequente ao parto, os dias na incubadora, a impossibilidade de tocar, os sonhos relegados ao depois. É nessa saga imposta pelo inesperado que a mãe vai, aos poucos, assimilando seus espaços, configurando seu papel, imaginando e desejando o futuro favorável ora imaginado.

Por fim, apesar de ser caracterizada por grandes oscilações e instabilidades, não nos parece que a experiência de se tornar mãe mediante um nascimento prematuro modifique aspectos centrais da transição para a maternidade: a incerteza, o medo, a necessidade de lidar com o desconhecido, o constante movimento de vestir-se e despir-se de convicções, sentimentos, posicionamentos. Trata-se de uma experiência profunda, promotora de mudanças inimagináveis e indefiníveis, gestada, regada e cuidada num jarro chamado *construção*.

## REFERÊNCIAS

ADREANI, G.; CUSTÓDIO, Z. A. O.; CREPALDI, M. A. Building support networks during prematurity. *Aletheia*, Canoas, n. 24, p. 115-126, July/Dec. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n24/n24a11.pdf>. Acesso em: 15 maio 2017.

ALMEIDA, C. M.; ALMEIDA, A. F. N.; FORTI, E. M. P. Efeitos do Método Mãe Canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 1-5, jan./fev. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/en\\_01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/en_01.pdf). Acesso em: 23 maio 2017.

BITTAR, R. E.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Prematurity: when can it be prevented? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 35, n. 10, p. 433-435, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n10/01.pdf>. Acesso em: 23 maio 2017.

BOWLBY, J. *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Tradução de Sonia Monteiro de Barros. Porto Alegre: Artmed, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf). Acesso em: 6 out. 2013.

COPPOLA, G.; CASSIBBA, R.; COSTANTINI, A. What can make the difference? Premature birth and maternal sensitivity at 3 months of age: The role of attachment organization, traumatic reaction and baby's medical risk. *Infant Behavior & Development*, Norwood, v. 30, n. 4, p. 679-684, Apr. 2007.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32,

n. 2, p. 248-255, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/ao6v32n2.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

DANIELLE, D. *et al.* Conhecimento e percepção dos profissionais a respeito do ruído na unidade neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1041-1048, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/o2.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

DAVIS, D. H.; THOMAN, E. B. Behavioral states of premature infants: implications for neural and behavioral development. *Developmental Psychobiology*, New York, v. 20, n. 1, p. 25-38, 1987.

DIMENSTEIN, M. Representações da prematuridade por mulheres usuárias do serviço de público de saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 5, n. 2, p. 33-47, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v5n2/v5n2ao4.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

DITZ, E. da S. *et al.* Cuidado materno ao recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: possibilidades e desafios. *Ciência y Enfermagem*, Concepcion, v. XVII, n. 1, p. 45-55, 2011. Disponível em: [https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n1/art\\_o6.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n1/art_o6.pdf). Acesso em: 30 out. 2016.

EL-AOUAR, I. S. *Tornando-se mãe de um bebê prematuro: a emergência de significados de maternidade a partir da experiência de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e ambulatório do Método Mãe Canguru*. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

ESTEVES, C. M. *A preocupação materna primária em mães de bebês nascidos pré-termo*. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23021/000741664.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 out. 2016.

FIELDMAN, R.; EIDELMAN, A. I. Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) accelerates autonomic and neurobehavioural maturation in preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology*, Oxford, v. 45, n. 4, p. 274-281, Apr. 2003.

FIELDMAN, R. *et al.* Comparison of skin-to-skin and Traditional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. *Pediatrics*, [S. l.], v. 110, n. 1, p. 16-26, July 2002.

GORSKI, P. A.; DAVISON, M. F.; BRAZELTON, T. B. Stages of behavioral organization in the high-risk neonate: Theoretical and clinical considerations. *Semiflars in Perinatology*, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 61-72, 1979.

GORZÍLIO, D. M. *Desenvolvimento neurocomportamental em neonatos pré-termo hospitalizados relacionado com indicadores de estresse e dor*. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-o8052013-074344/publico/Dissertacao.pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.

KERSTJENS, J. M. *et al.* Development delay in moderately preterm-born children at school entry. *The Journal of Pediatrics*, Saint Louis, v. 159, n. 1, p. 92-98, July 2011.

- KLAUS, M.; KENNEL, J. *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artmed, 1992.
- KRALJEVIC, M.; WARNOCK, F. F. Early educational and behavioral RCT interventions to reduce maternal symptoms of psychological trauma following preterm birth: a systematic review. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, Hagerstown, v. 27, n. 4, p. 311-327, Oct./Dec. 2013.
- KREUTZ, C. M.; BOSA, C. A. Um sonho cortado pela metade...: estudo de caso sobre o impacto da prematuridade e da deficiência visual do bebê na parentalidade. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 18, n. 2, p. 305-313, abr./jun. 2013.
- LAWN, J. E. *et al.* Kangaroo Mother Care to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *International Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 40, n. 2, p. 144-154, Apr. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845870/pdf/dyqo31.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.
- LEBOVICI, S. *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artmed, 1987.
- LOPES, C. M. B. *As vicissitudes da constituição da função materna: um percurso teórico em Winnicott e Freud*. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.
- MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva, 2002.
- MOREIRA, J. de O. *et al.* Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: pesquisa qualitativa na rede pública de Bentim. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 3, p. 475-483, jul./set. 2009.
- MOURA, S. M. S. R. de; ARAÚJO, M. de F. Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no Programa Mãe Canguru. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 37-46, jan./abr. 2005.
- NEILLE, J.; GEORGE, K.; KHOZA-SHANGASE, K. A study investigating sound sources and noise levels in neonatal intensive care units. *South African Journal of Child Health*, Cape Town, v. 8, n. 1, p. 6-10, Feb. 2014. Disponível em: <http://www.sajch.org.za/index.php/SAJCH/article/view/676/574#>. Acesso em: 10 nov. 2016.
- NIRMALA, P.; REKHA, S.; WASHINGTON, M. Kangaroo Mother Care: Effect and perception of mothers and health personnel. *Journal of Neonatal Nursing*, [New York], v. 12, n. 5, p. 177-184, Oct. 2006.
- PICCININI, C. A. *et al.* Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 20, n. 3, p. 223-232, set./dez. 2004.
- PINHEIRO, A. M. *et al.* Incidência e fatores de risco da retinopatia da prematuridade no Hospital Universitário Onofre Lopes. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, São Paulo, v. 72, n. 4, p. 451-456, jul./ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v72n4/a05v72n4.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.
- RAPHAEL-LEFF, J. *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- SCOCHI, C. G. S. *et al.* Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Revista Latino-*

*Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 539-543, jul./ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a18.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

SERRA, S. O. A.; SCOCHI, C. G. S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 597-605, jul./ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a04.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

SOUZA, N. L. de *et al.* Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 62, n. 5, p. 729-733, set./ out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/13.pdf>. Acesso em: 27 out. 2016.

STERN, D. *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

SZEJER, M. *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TOMA, T. S. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. S233-S242, 2003. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a05v19s2.pdf>. Acesso em: 29 set. 2016.

WINNICOTT, D. W. *O brincar & a realidade*. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Psicologia Psicanalítica).

# 6

## A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO: O QUE SE DESEJA É NASCER DIFERENTE, APESAR DE TUDO!

Anamélia Lins e Silva Franco

O tema da humanização está presente nas ciências sociais em saúde desde o início do século XX, com diversas articulações, como o papel do paciente, a formação em saúde, as relações entre profissionais e usuários, os diferentes modelos de relação médico-paciente. (CAPRARA; FRANCO, 1999)

Em 1978, na Conferência de Alma-Ata (na antiga União Soviética), foi publicada a declaração com o mesmo nome e, nesta, a Organização Mundial da Saúde (OMS), as Nações Unidas para Infância (UNICEF) e países membros afirmavam a existência de uma crise da saúde pública mundial, estipulavam a meta da Saúde para Todos no ano 2000 e estabeleciam a compreensão de que esta conquista estava relacionada à oferta de atenção primária em saúde. (BRASIL, 2001)

A partir da Declaração de Alma-Ata pode-se indicar alguns pontos de articulação com o tema da humanização em saúde. Frequentemente é citada a definição de saúde que foi proposta nesta Declaração: “a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental”. Essa definição foi um marco muito significativo ao demonstrar a saúde como além da perspectiva biológica-física, entendida de forma multidimensional e complexa, dissociada da binômio saúde-doença. Entretanto, a afirmação da existência de um bem-estar completo e a ideia de algo preestabelecido sempre são motivo de crítica e essas críticas são pertinentes quando se está pensando a humanização em saúde. A atenção em saúde “humanizada”

não pode ser preestabelecida. Ayres (2006) sempre aposta nessa perspectiva com argumentos baseados em Gadamer, Habermas e Espinosa. Ele propõe pensar um projeto de felicidade que aponta a singularidade da saúde.

Em uma segunda perspectiva, a Declaração de Alma-Ata pode ser considerada um prenúncio para o que desde o início dos anos 2000 provocou a elaboração das políticas de humanização pelo Ministério da Saúde (Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento). Na medida em que se reconheceu a necessidade de implementação de ações na atenção primária, foi feita uma adesão por ações interpessoais e uma crítica para a adoção de alta tecnologia na área da saúde. Posteriormente, Merhy (2000) propôs a conceituação das tecnologias leves, que se tornou uma tendência muito difundida. Os programas de humanização são exemplos de tecnologias leves.

A Conferência de Alma-Ata também abordou o tema da qualidade da assistência e um de seus componentes é a relação entre profissionais e usuários – aspecto relacionado à atenção humanizada. Uma afirmação muito significativa para a discussão da humanização contida no texto da Declaração: “É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde”. Na medida em que foi reconhecida a pertinência da participação de todos e não somente dos profissionais, abordou-se o que posteriormente veio a se constituir no controle social em saúde, nos direitos dos usuários e nos debates sobre humanização.

Sabe-se que o perfil epidemiológico foi um elemento importante para o reconhecimento da crise mundial da saúde e de todas as afirmações que compõem a Declaração de Alma-Ata. O perfil epidemiológico caracterizado pela presença das doenças crônico-degenerativas também influenciou na discussão sobre a qualidade da assistência, a adesão ao tratamento e a relação entre os profissionais e usuários. A população, ao ser portadora de doenças crônicas, necessita de assistência prolongada, programas de educação em saúde, parceria com a população usuária, valorização do autocuidado. Essa realidade modificou a posição dos profissionais de saúde com relação aos usuários e foi mais um elemento para o reconhecimento do potencial que cada pessoa tem na sua experiência do processo saúde-doença. Reconhecimento da pessoa do usuário e de sua capacidade de analisar, optar, planejar sua vida, seu projeto de felicidade, sua saúde.

Essa breve discussão pode ser considerada distante do tema da humanização do pré-natal, do parto, do nascimento, mas em torno dessa assistência se discute o uso da tecnologia, a opção pela assistência hospitalar e o desrespeito à mulher.

Em decorrência dessas características da assistência foi realizada uma mobilização internacional que elaborou inúmeras revisões sistemáticas sobre os procedimentos ao longo da gravidez e do parto, criando a concepção de Medicina Baseada em

Evidências, que em torno do parto e nascimento tem a OMS como maior divulgador. Em acordo com propostas apresentadas desde Alma-Ata, afirma-se que a assistência ao parto mais segura é a menos intervencionista, menos tecnologizada. (DINIZ, 2005)

#### O ESPERAR DESDE O PRÉ-NATAL

A realidade do pré-natal tem sido compreendida como um programa de saúde quando os gestores e profissionais centram suas atenções em exames de laboratório e imagem, e assim desejam eliminar os riscos de mortalidade materna e neonatal. Pouco se enfatiza o pré-natal como um momento preparatório para grandes mudanças sociais e psíquicas da mulher e de todos que recebem quem nasce. Frequentemente o pré-natal não tem espaço para elaboração do processo biológico, psíquico e social da gestação que ocorre em um ritmo aparentemente próprio.

O acompanhamento do pré-natal, parto e nascimento é uma ação profissional de um processo fisiológico. Fisiológico porque é inerente ao funcionamento do organismo e transcorre em geral sem a ocorrência de processos patológicos. Esse processo fisiológico é reafirmado quando os profissionais da área obstétrica (comumente da medicina e da enfermagem) confirmam a condição saudável em que se encontra a mulher, o nenê e a família.

A origem do termo “obstetrícia” relaciona-se àquele que está diante – fica à frente – para ajudar a saída da criança pelo canal de parto. O trabalho de acompanhar a gravidez, o parto, o nascimento, preservar a saúde da mulher que está em ótima condição de saúde e com isso favorecer o processo que culminou com a gravidez é um trabalho de um observador da saúde. Desse modo, o trabalho dos profissionais é um trabalho em atenção primária no qual se faz promoção da saúde e prevenção do adoecimento. Nestas circunstâncias, o verbo “cuidar” é imperativo nesse nível de atenção, diferente dos verbos “tratar”, “curar” e “reabilitar”, muito mais frequentes entre as ações inerentes à atenção secundária e terciária em saúde.

O acompanhamento pré-natal prevê a realização de exames físicos, de laboratório e de imagem; esses exames têm como objetivo maior o conhecimento ou uma aproximação documentada sobre o processo fisiológico. Ocorre que, ao longo dos anos, foram fortalecidas, durante o pré-natal, práticas em saúde cada vez mais tecnológicas. A incorporação de tecnologias duras e uma concepção preventivista extrema no pré-natal agem com foco na eminência de processos patológicos e assim patologizam a gravidez, modificam a natureza do pré-natal.

O que se diz é que o processo fisiológico nas mulheres contemporâneas tem se transformado, frequentemente, em processos patológicos. Atualmente toda a investigação e documentação que reveste as ações em saúde tornaram-se bases para

uma prática profissional defensiva. A prática profissional defensiva está pautada numa concepção de que os profissionais devem se prevenir para não serem surpreendidos pelas complicações; deve haver por parte do profissional uma ação que antecipa os problemas.

Paralelamente, vê-se que o modo de vida dos nossos dias produziu uma prática de controle diversa. A gravidez não programada é motivo de sofrimento e crítica, o parto natural exige disponibilidade dos profissionais e também da mulher e dos familiares, sendo muitas vezes uma opção questionada. Isso pode caracterizar uma diferença de classe social, mas a mulher que é atendida em um serviço público e não tem o nascimento previamente agendado, como ocorre frequentemente entre mulheres de classe média-alta, muitas vezes se queixa de que o trabalho de parto está demorado, sendo motivo de sofrimento prolongado.

#### HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DA GRAVIDEZ E DO PARTO PROPRIAMENTE

A discussão sobre humanização nasce de um passado crítico no qual se reconhecia que as ações em saúde eram caracterizadas por despersonalização, coisificação e tecnologização. (DESLANDES, 2006) Por “despersonalização” entende-se regras que retiram os modos pessoais, a roupa, as preferências de higiene e alimentação sem justificativas clínicas. No processo de coisificação, a pessoa é tratada como coisa, como objeto de intervenção clínica e, assim, exames dolorosos, práticas que não respeitam a intimidade, que não são explicadas previamente fazem com que a pessoa seja incluída como colaborador no procedimento. Já a tecnologização acontece quando o cuidado é realizado por intermédio de máquinas e procedimentos, ocorrendo um distanciamento e até desvalorização do cuidado entre pessoas, entre os profissionais e os usuários.

Essas três condições, quando ocorrem no cuidado com as mulheres gestantes – que em geral estão saudáveis –, são vistas no momento em que estas não podem vestir suas roupas, demonstrar preferências por alimentos, transitar pela instituição livremente, receber visitas. Também se apresentam quando são descaracterizadas: tornam-se “mãe” ou “mãezinha”, o que constitui uma estratégia de antonímia somada a um tratamento assimétrico em que o diminutivo é um meio dissimulado de autoritarismo e assim de negação do poder dos membros da díade que se constitui ao longo de um procedimento, momento de cuidado ou hospitalização.

A coisificação ou objetificação ocorre desde a desvalorização pela história da gravidez e da mulher e se prolonga com comandos autoritários, procedimentos dolorosos que não são reconhecidos, não são preparados e são repetidos muitas vezes sem bases terapêuticas fundamentadas.

Por fim, a tecnologização é um tanto paradoxal. As rotinas de pré-natal e parto contam principalmente com tecnologias leves (MERHY, 2000), aquelas que se constituem principalmente pelo saber que se constrói pelas relações. Essa realidade é motivo de desvalorização desta prática, já que os custos do arsenal tecnológico não podem ser incorporados. As ações dos profissionais de saúde exigem poucos equipamentos e insumos. O pré-natal e o parto, ao serem tecnologizados, são patologizados e obedecem ao modelo de atuação defensiva dos profissionais de saúde.

Com esta discussão espera-se combater a crença de que são as condições socioeconômicas que definem o grau de humanização das ações em saúde, especialmente quando se trata de ações em saúde obstétrica, perinatal. Mulheres ricas em hospitais privados têm restrições com relação à alimentação, horários de banho predefinidos, não são chamadas pelo nome próprio, têm suas dores minimizadas, são vítimas de exames de laboratório e imagem realizados de forma arbitrária justificados pela prática defensiva. Mulheres trabalhadoras também vivem práticas desumanizadas. Estas podem ser a falta de privacidade, a condição de objeto imposta a elas pelos profissionais de saúde, restrições de horário de visita, a experiência de hospitalização em uma maternidade com longos períodos de permanência. Sendo a maternidade uma instituição total, como definiu Erving Goffman (2015), onde se vive, dorme, come, “diverte-se” como se estivesse na vida cotidiana, instaura-se nela uma condição artificial, motivada por uma justificativa de natureza diferente, assim como a saúde mental nos manicômios, a segurança social promotora das prisões, a vida espiritual dos conventos, etc.

Em 2003, ao apresentar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, o Ministério da Saúde listou:

1. Valorização da **dimensão subjetiva e social** em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a **produção de sujeitos**;
3. Fortalecimento de **trabalho em equipe** multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a **grupalidade**;
4. Atuação em rede com **alta conectividade, de modo cooperativo e solidário**, em conformidade com as diretrizes do SUS;<sup>1</sup>
5. Utilização da informação, **da comunicação**, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de **autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos**. (BRASIL, 2003, p. 9-10, grifo nosso)

1 Sistema Único de Saúde (SUS).

As expressões grifadas são importantes para sinalizar a concepção de ser humano, que sustenta essa política. O Ministério da Saúde, ao elaborar essa política, em consonância com o debate internacional, assumiu os princípios de uma concepção existencialista-hermenêutica. Sendo assim, a pessoa é um ser de relações e estas relações são facilmente observáveis nos processos comunicacionais, mas não somente.

Diante desse breve cenário faz-se pertinente aprofundar o conhecimento sobre humanização em saúde. Diniz (2005) realizou um estudo no qual, a partir de observações e entrevistas, ela reconheceu os vários sentidos atribuídos ao termo “humanização”: i) legitimidade científica ou assistência baseada em evidências; ii) legitimidade política em torno dos direitos das mulheres; iii) referida a tecnologia adequada à saúde da população; iv) legitimidade profissional e corporativa; v) legitimidade financeira; vi) legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde; vii) direito ao alívio da dor. Estamos mais próximos da legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde.

A concepção hermenêutica compreende que os membros de uma relação se constituem humanos no exercício de sua autonomia, na busca da compreensão dos significados. A necessidade de processos de compreensão entre as díades está muito articulada com o pensamento de Gadamer (1998) quando considera que os homens vivem continuamente a possibilidade e o limite de se conhecer. Isso impõe o exercício da compreensão. Compreensão deve ser um processo ativo no qual as pessoas envolvidas buscam significados e interpretações.

Essa busca de significados em um processo de interpretação constitui a situação hermenêutica. Os membros de uma díade em situação hermenêutica, ao reconhecer o horizonte do outro e buscar aproximações, constroem círculos hermenêuticos. Ao longo de um encontro clínico, como uma consulta, um exame ou o acompanhamento do trabalho de parto, deve ocorrer a construção de inúmeros círculos hermenêuticos. Os profissionais e os usuários devem estar disponíveis e se esforçar para essa construção.

Nosso papel enquanto profissional na frente do outro não é de simples aplicador de conhecimentos, executor de procedimentos previamente estabelecidos. Nesse sentido, estão os profissionais e os usuários continuamente elaborando perguntas essenciais e estruturantes como: o que é bom para mim? Como devo ser? Como pode ser a vida? (AYRES, 2006) Essas perguntas promovem a singularização da ação em saúde que é necessária em qualquer circunstância e mais ainda intensamente quando se trata do processo gravídico-puerperal.

No cuidado a uma família grávida muitas decisões são tomadas e devem ser tomadas a partir da construção de círculos hermenêuticos, que são momentos de construção e reconstrução de significados. Por exemplo, analisemos esse caso ilustrativo: chega à unidade de saúde uma família com duas crianças e a mãe está

grávida. A mãe, constrangida, fala que esta é sua quinta barriga: pariu duas meninas (na codificação, no *ethos* obstétrico, G5P2A2), teve dois abortamentos, o marido quer insistentemente um menino e não valoriza o esforço da esposa de fazer planejamento familiar. Vejamos quantas perguntas mesmo, que não explicitadas ou não respondidas, o profissional de saúde faz a esta mulher: como foram as circunstâncias das outras gravidezes? Como está sendo agora? Já sabem o sexo? Se sabem, como está sendo viver essa nova gravidez? O que a senhora está pedindo ao profissional de saúde? O marido está ali, o que vem perguntar? E a presença das duas meninas, o que significa? Será que são uma família muito unida ou andam com as filhas porque não têm com quem deixar? Seguramente a mulher vive um grande conflito, o conflito da desejabilidade social: como vou contar tudo para convencer esses profissionais que preciso convencer meu marido? Como falar para que entendam o que quero e me ajudem a convencer meu marido?

Seguindo a contribuição de Ricardo Ayres (2006), as ações humanizadas em saúde devem estar dirigidas para um projeto de felicidade, felicidade que não está previamente estabelecida e que se construirá no encontro clínico. Se este é um propósito para todo e qualquer encontro clínico, imaginemos como isso se potencializa diante de uma gravidez.

Nesse encontro com a compreensão da existência de dois horizontes está se reconhecendo a autonomia das pessoas. Essa autonomia nas práticas em saúde tem sido objeto de interesse. Emanuel e Emanuel (1992), ao proporem quatro tipos ideais da relação médico-paciente – paternalista, informativo, interpretativo e negociador –, mostram diferentes graus e até modelos de autonomia. Historicamente, e num país como o Brasil, os profissionais de saúde exercem suas práticas de forma paternalista, decidem o que é melhor para seus pacientes. Por exemplo: melhor fazer ou não certos exames; antecipar ou esperar exaustivamente o parto; conduzir o parto cesáreo; acompanhar o trabalho de parto e o parto normal.

O segundo tipo informativo é fruto de uma prática de saúde orientada por práticas de consumo na qual os usuários são consumidores dos serviços que devem ser vendidos e decididos a partir de informações claras. Ocorre um processo de tomada de decisão orientado por informações.

No terceiro tipo, o interpretativo, os profissionais buscam conhecer os desejos dos pacientes, esclarecer suas expectativas e chegar por meio do diálogo a uma resposta. Esse modelo focaliza o papel do médico, do profissional de saúde e a este cabe interpretar as partes, como, por exemplo, um casal, reconhecendo a decisão desejada a ser tomada. Diante deste tipo de relação médico-paciente, o profissional tem um papel bem complexo.

O último tipo, chamado de “negociador”, se distingue porque o profissional tem uma posição e ele não negará. No processo de conhecimento e decisão o

profissional negociará a melhor alternativa, construirá um acordo. Essa negociação estará fortemente marcada pela ética dos envolvidos.

Esses tipos de relação médico-paciente não se restringem a relações entre pacientes e médicos. Consideramos que estão associados os familiares dos pacientes, que também são usuários da assistência, e todos os profissionais dos serviços de saúde que interferem nos projetos de vida e felicidade de cada pessoa.

Ao afirmar que os profissionais de saúde devem fazer mais do que aplicar seus conhecimentos construindo perguntas que estruturam o projeto de felicidade dos usuários, reconhece-se um envolvimento de ambas as partes. Essa proposta se distingue das ideias de profissionais de saúde distantes, neutros, isentos. No processo de atenção humanizada, o profissional de saúde se empresta para construir o projeto de felicidade dos usuários junto com estes e assim se doa, partilha sua condição de humano.

Pensando nas diretrizes históricas do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente integralidade e equidade, a humanização provoca uma revisão da compreensão destes princípios. Estas diretrizes serão marcadas pela autonomia e pela empatia. O que se quer dizer é que o sujeito integral é aquele que é compreendido nas suas diversas dimensões: física, psicoemocional, social, espiritual exercitando sua autonomia, a autonomia que garante seu exercício de ser humano.

Com relação à empatia, esta tanto é uma capacidade humana como pode ser uma ferramenta. O humano exercita sua condição colocando-se no lugar do outro. Ao se colocar no lugar do outro, se perguntar e responder aquelas perguntas estruturantes já apontadas, vai haver uma mudança na compreensão da equidade. Priorizar os que mais precisam vai ser modificado. O princípio da equidade prevê que sejam garantidos os direitos dos mais vulneráveis. Com a discussão da humanização se deseja que aos mais vulneráveis sejam garantidas as condições e que seja preservada sua autonomia para que haja exercício de escolha, posicionamento.

Ao falar em autonomia afirmaremos que a liberdade deve ser um valor na atenção em saúde e essa liberdade sempre foi comprometida pelas relações verticalizadas, relações hierarquizadas nas quais os profissionais de saúde estão em condição de poder. Mais uma vez é preciso afirmar que muitas vezes as condições sociais dos pacientes-usuários não gera poder, autoridade. As unidades de saúde são territórios blindados pelos micropoderes e pelas práticas legitimadas culturalmente.

Mais recentemente a liberdade tem sido subordinada a um instrumento científico: os protocolos. Os protocolos orientadores das ações em saúde são entidades que limitam profissionais e usuários. Os protocolos dificultam que as pessoas se mostrem como pessoas, exercitem seu conhecimento e suas capacidades de seres singulares. Os protocolos são um produto da despersonalização, da coisificação e da tecnologização. A falta de conhecimentos é o primeiro aspecto que coloca o

paciente em condição muito ruim na relação orientada pelos protocolos. Estes tratam as pessoas como um conjunto de sintomas e assim são despersonalizadas, são objeto do conhecimento, coisificadas e submetidas às rotinas tecnológicas de investigação em saúde.

Os protocolos foram compreendidos por Merhy (1997) como motivo para fetichização das práticas clínicas. Esta fetichização ocorre porque profissionais e usuários estão alienados. Os profissionais, ao conduzirem suas práticas sob orientação dos protocolos, prescindem de seu raciocínio clínico-epidemiológico e laboratorial. E do modo como se pensa a humanização, os profissionais também vivenciam a alienação porque não estão presentes no processo de construção dos projetos de felicidade dos pacientes.

A humanização demanda uma relativização dos protocolos. Os protocolos, os procedimentos, quando rígidos, chegam à violência. (DINIZ, 2005) Essa relativização deve buscar a direção da singularização das ações em saúde, das relações nas práticas de saúde. Sendo assim, apesar de lutarmos por igualdade e equidade nas ações em saúde, precisamos construir singularidades e, ao construir singularidades, cada um nascerá diferente. Diferente não nas condições materiais imediatas, porém nas condições imateriais, na história vivida e compartilhada.

O pré-natal, o parto e o nascimento, ao serem singularizados, promoverão a condição de pessoa tanto dos profissionais como dos familiares, e assim as pessoas viverão sua espontaneidade, sua autenticidade e se multiplicarão, ao invés de se desgastarem com a vida do trabalho.

A produção de pequenos rituais enriquecedores pelas histórias presentes nos serviços de saúde modificará a vida de todos os presentes. Idealmente e cotidianamente devemos construir práticas para que, enquanto nasce uma criança, todos renasçam, revivam e se sintam fortalecidos.

## REFERÊNCIAS

AYRES, R. Cuidado e humanização das práticas em saúde. In: DESLANDES, S. F. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 49-83.

BRASIL. Ministério da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 8 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide;*

*Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 15.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 8 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização (PNH): humanização da atenção da atenção e da gestão em saúde nos Sistema Único de Saúde – SUS.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. e S. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades e falácias. In: DESLANDES, S. F. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 85-107.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. e S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set. 1999.

DESLANDES, S. F. Humanização revisitando os conceitos a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S. F. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 33-47.

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

EMANUEL, E. J.; EMANUEL, L. L. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *Journal of American Medical Association*, Chicago, v. 267, n. 16, p. 2221-2226, 1992.

GADAMER, H.-G. *Verdade e método.* 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos.* 8. ed. Rio de Janeiro: Perspectiva, 2015.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de portas abertas para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações em saúde). In: CECÍLIO, L. C. de O. (org.). *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo: Hucitec, 1997. p. 117-160.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.

## NASCER NÃO DEVERIA SER IGUAL PARA TODAS AS PESSOAS?

Ana Urpia

A pergunta que abre esse comentário é, obviamente, uma provocação. Não tentarei respondê-la de imediato: convido o leitor e a leitora a ficar com ela, como dizem também os “analistas” quando se referem à imagem – ao invés de buscar uma interpretação reducionista, simplesmente “fique com a imagem”; afirmam sobre os sonhos e seu pandemônio. (HILLMAN, 2010a, 2010b) Fiquemos com a pergunta e deixemos que ela nos conduza às imagens do nascer, antes que à resposta. Quem nunca viu um bebê nascer, ao menos ouviu relatos, narrativas sobre o nascimento, e isso é o suficiente, como observa James Hillman (2010a), para que as imagens venham a atuar em nosso psiquismo, revelando a atividade precípua da psique: fazer imagem, imaginar. Segundo Hillman (2010a), por meio das narrativas somos movidos para dentro da imagin(ação). As “palavras-imagens” das narrativas de nossas avós, mães, amigas, irmãos sobre o nascimento são, assim, um bom começo para a compreensão desse evento que escapa, por certo, a qualquer tentativa de racionalização ou de literalização, e que tanto se aproxima do imaginal, como é o caso da experiência do NASCER. Então, muito além de ficar com a pergunta, convido-vos agora a ficar com a imagem. Qual imagem? A imagem do nascer! Quem nasce? Como nasce? Quem faz nascer? Quem decide sobre o nascer? Em que contexto? Nasce-se do corpo de uma mulher? Se não somente, do que mais então se nasceria? Fiquemos com as imagens que essas perguntas nos provocam. Mas antes de pensarmos sobre o nascimento da criança, ou sobre o “dar à luz”, voltemos um passo atrás, a um outro tipo de “nascimento”, ou, nesse caso, não se trataria de nascer? Voltemos àquelas que abrigam em seu corpo e “alma” a vida que haverá de vir a ser: as mulheres.

Para a filósofa feminista francesa que ficou conhecida no Brasil e no mundo por volta dos anos 1960 – Simone de Beauvoir –, a ideia de nascimento não se aplicaria



à compreensão do “ser mulher”. Para Beauvoir (2009), “ninguém nasce mulher, torna-se.” A experiência da mulheridade é um processo que não está dado de antemão pela condição biológica da pessoa. Ser mulher, para Beauvoir (2009), seria o mesmo que ter sido feito – a partir de seu corpo como situação, localizado em situações sócio-históricas particulares – tal qual se manifesta. Ou seja, ser mulher compreenderia um conjunto de fatores de ordem sociocultural, tanto quanto de ordem subjetiva, que encontram no corpo (que é natureza e cultura) sua base de construção, não podendo, no entanto, ser a este reduzido. Para Beauvoir ([1949] apud MOI, 1999, p. 79, tradução nossa), “[...] a questão não é como uma pessoa de qualquer sexo se torna uma mulher, mas com quais valores, normas e demandas o ser humano feminino – precisamente porque é [considerado] feminino – defronta-se em seu encontro com o Outro”. As reflexões apresentadas nos capítulos desta seção respondem bem a essa questão, que segue sendo atual.

O “ser mãe”, de igual maneira, não escaparia a essa compreensão de Beauvoir (2009), que se tornou fundamental na desconstrução da ideia reducionista biológica de que a mulher, pelo fato de ter “nascido mulher” – como afirma Judith Halberstam (2008) para enfatizar que o corpo sexuado é desde o início marcado pelo sistema de representação de gênero –, destinava-se, por consequência e de maneira indiscutível, a ser mãe. Esse é um tipo de causalidade linear fundada em um essencialismo biológico contra o qual se opõem há muito os feminismos, especialmente a partir dos anos 1980, com a introdução do conceito de gênero.

Como observam autoras como Lia Zanotta Machado (1998), com os estudos de gênero inaugura-se um novo paradigma teórico-metodológico no campo das ciências humanas e sociais: em primeiro lugar, porque se está diante da afirmação compartilhada da ruptura radical entre a noção biológica de sexo e a noção social de gênero – foi essa ruptura que nos permitiu compreender que não há uma correspondência direta entre “ter nascido mulher” (HALBERSTAM, 2008) e “ser mãe”; segundo, porque se está diante da afirmação do privilegiamento metodológico das relações de gênero sobre qualquer substancialidade das categorias de mulher e homem ou de feminino e masculino; terceiro, porque se está também diante da afirmação da transversalidade de gênero, isto é, do entendimento de que a construção social de gênero perpassa as mais diferentes áreas e experiências do social.

No contexto das mudanças inauguradas com os estudos de gênero e com outros estudos ligados à virada linguística, em que as premissas do social são cada vez mais vistas como culturalmente construídas, isto é, desnaturalizadas e passíveis de reconstruções culturais, (MACHADO, 1998) o nascimento, até então também tomado como um evento reduzido ao campo biológico, tal qual o fato de “ser mulher”, ganha novos sentidos. Mostra-se agora marcado por disputas de significações e de poder que se misturam ao corpo da mulher e à sua biologia, diferenciando a experiência do

Nascer. Cientes hoje de que os seres humanos não podem ser reduzidos à “sua biologia”, reconhece-se, pois, desde Beauvoir: sim, nasce-se de um ventre, assim como de um campo semiótico. Compreende-se que, antes mesmo que a mulher possa dar à luz, já está exposta a um campo de significações em torno de seu corpo, do nascer, da maternidade/paternidade e da maternagem/paternagem, assim como está sujeita a um contexto de disputas que produz vantagens sociais para uns/umas e desvantagens para outros/as, antes, durante e após o nascimento. É justamente no revelar das sutilezas e cruezas que fazem parte da experiência do “nascer” como um evento situado que está a relevância desse livro, o qual, longe de se ater – embora não os negue ou despreze – aos aspectos biológicos do evento sobre o qual se debruça, busca descrevê-lo em suas camadas semióticas. Ao fazê-lo, vai aos poucos desvendando e problematizando as fundações socioculturais das diferenças (de gênero, classe, raça, idade/geração) e, mais ainda, das desigualdades que nele se fazem ver, demandando políticas públicas de atenção à saúde da mulher e do bebê.

O livro *Nascer não é igual para todas as pessoas* representa um importante legado ao tematizar o nascimento e mostrar um mesmo Brasil e muitos “Brasis”, reconhecendo, de um lado, signos e significados culturalmente compartilhados em torno do nascimento e da maternidade/paternidade que aproximam as experiências, e, de outro, as particularidades que se devem tanto a elementos inscritos na dimensão subjetiva como dimensão objetiva do nascer, certamente vinculados às tão diversas realidades sociais brasileiras.

É nesta última dimensão – a objetiva – que os capítulos contidos na primeira seção deste livro revelam não apenas ausências do Estado na atenção e cuidado ao bebê, à sua mãe, sua família e comunidade, mas também avanços importantes, tais como a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, instituída através da Portaria nº 693 (BRASIL, [2000]), que busca promover a aproximação da família ao recém-nascido pré-termo, levando em consideração a melhora do quadro clínico do neonato, como destaca Isadora Sebadelhe e Márcio Santana da Silva, em texto sensível que tematiza o nascimento de bebês prematuros, intitulado “Tornar-se mãe de um bebê prematuro: oscilações oriundas da prematuridade e as dinâmicas afetivo-semióticas associadas a esta experiência”.<sup>1</sup>

Na dimensão pessoal da experiência do nascimento, observa-se a imensa gama de significados que são construídos em torno deste evento, particularmente por aquela que deveria ser a sua principal protagonista: a mulher. Sobre esta nota-se que pairam muitos desafios quando o assunto é “nascer”, ou melhor, fazer nascer. Desafios

1 As citações de Isadora Sebadelhe e Márcio Santana da Silva; Marianna Medrado de Oliveira Mendes; Anamélia Lins e Silva Franco; Viviane Mutti e Ana Cecília de Sousa Bastos em coautoria com Luiz Fernando Calaça de Sá Júnior, Julianin Araujo Santos e Paulo Maciel Machado podem ser localizadas nos capítulos deste livro.



que começam na decisão de “ser” ou não ser mãe, ter ou não ter o/a filho/a, e que seguem através da decisão de como tê-lo/la, escolhendo, se é que podemos falar de escolha, pela via normal ou pela cesárea. Como mostra Marianna Medrado de Oliveira Mendes, em “Protagonismo feminino no processo de escolha da via de parto”, a via do parto é uma escolha que não está disponível para todas as mulheres – embora devesse –, diferenciando-se em conformidade com a classe social.

É entre mulheres de camadas populares, em sua maioria negras, que encontramos as mais evidentes indicações de que nem sempre se pode escolher como deixar nascer. Em um país tão desigual como o nosso, o “Nascer não é”, definitivamente, “igual para todas as pessoas” – é o que antecipa esta primeira seção de capítulos. Nascer coloca em retrospecto e em prospecto o viver. Se, na condição de mulher, não tive muitas escolhas antes de trazer ao mundo uma vida, possivelmente não terei escolha sobre como quero fazer nascer e como desejo fazer meu filho viver. As condições de vida condicionam o nascer, definindo lugares e situações distintas para mulheres e bebês. A escolha informada sobre as diversas formas de dar à luz, um direito da mulher, que deveria ser uma prática corrente nos sistemas público e privado de saúde, não é igualmente distribuída entre as classes e os grupos étnico-raciais no Brasil, alcançando, no máximo, as mulheres brancas das camadas sociais mais privilegiadas. O que se pode perceber, na discussão sobre o nascer, é que a escolha pela via do parto, assim como outras escolhas relacionadas a esse evento, tem uma dimensão de classe e raça que não pode ser negada. Além disso, ou antes de mais nada, tem uma dimensão de gênero que se expressa não somente no fato de ser o parto um “assunto de mulheres”, mas também em que a via do parto é uma decisão que fica, não raro, ao encargo de homens, haja vista a medicalização do nascimento. Como apontam os estudos apresentados nesta seção, a escuta das mulheres, que é uma condição fundamental para que a escolha quanto à via do parto aconteça, é muito prejudicada em nosso sistema de saúde, de modo que fica muitas vezes nas mãos do médico a decisão sobre o método através do qual a mulher fará nascer o novo ser.

A temática do ser, não menos complexa, mistura-se também à do nascer, insinuando-se por entre as letras dos textos aqui apresentados. Por entre essas linhas, compreende-se que o nascimento do “ser” antecede o parto. Nasce-se antes de chegar ao mundo, na imaginação daqueles que esperam pela criança. Antecipa-se, através do imaginal, aquilo que se cria através do corpo e que continuará sendo criado quando tiver um corpo. Aliás, também o corpo da criança é imaginado antes mesmo que o bebê chegue a nascer. Nesse espaço imaginal, nascer e morrer podem vir a se confundir, especialmente quando se trata do nascimento de bebês pré-termo. Se a maternidade é, não obstante, a idealização social em torno dessa experiência, ou, talvez justamente por conta dessa idealização, um desafio para muitas mulheres, tornar-se mãe de um recém-nascido pré-termo adquire proporção ainda maior. É o que



nos fazem ver Isadora Sebadelhe e Márcio da Silva. Em face de um bebê pré-termo, a mulher em transição para a maternidade – já que estamos falando de um “tornar-se” e não de um “ser” –, além de lidar com o processo de enlutamento diante do/a filho/a imaginário/a, aquele que fora gerado em sua psique ao longo de toda a gestação, ainda terá que lidar com a separação precoce, bem como com a morte real, que pode ser instaurada a qualquer momento.

Sendo a atividade imaginal um importante recurso da psique, especialmente em situações de muita incerteza, como é o nascimento de um novo ser, pode-se antecipar, lado a lado com a vida, também a morte; é o que concluímos com Isadora Sebadelhe e Márcio da Silva. Mas pode-se antecipar ainda o sofrimento, ao imaginar não exatamente o/a filho/a que virá ou o que pode acontecer com o/a filho/a que já chegou, mas o que elas mesmas poderão experimentar como mulheres, no momento do nascimento. Assim, não é incomum que algumas mulheres imaginem que podem lhe negar a entrada de seu companheiro no hospital ou no centro cirúrgico, que podem sentir dor e não serem escutadas, que podem viver complicações no parto e, até mesmo, que podem vir a morrer. Morte e vida, como podemos ver, são temas que fazem parte da experiência do nascimento e podem acompanhar as mulheres mesmo após a chegada da criança ao mundo, evidenciando a alta carga de conteúdos psíquicos que podem emergir no diálogo entre natureza, psiquismo, sociedade e cultura.

Obviamente, nenhuma mulher pode controlar todas essas situações de nascimento; mas é certo que muitas dessas situações poderiam ser controladas em benefício do bem-estar do/a bebê e da mulher, caso as políticas de humanização fossem garantidas para todos os sujeitos, independentemente de classe e raça/etnia. Como mostra Anamélia Lins e Silva Franco em “A humanização do parto e do nascimento: o que se deseja é nascer diferente, apesar de tudo!”, o tema da humanização está presente desde meados do século XX, incitado pelo reconhecimento de que as ações em saúde eram despersonalizadas, coisificadas, tecnologizadas. Entretanto, ainda hoje mulheres de diferentes grupos sociais sofrem as consequências de práticas desumanizadoras em torno do Nascer, embora o tema pareça mais recorrente entre aquelas de camadas sociais menos privilegiadas e negras. Destaca-se com muita sensibilidade, no texto da Anamélia Franco, que, “no cuidado a uma família grávida, muitas decisões são tomadas e devem ser tomadas a partir da construção de círculos hermenêuticos que são momentos de construção e reconstrução de significados”. Esse círculo hermenêutico de que fala a autora exige da equipe profissional um tipo de escuta para a qual muito raramente se está preparado de forma adequada, uma questão que merece maior atenção das políticas no campo da saúde. A escuta constitui-se como um princípio de base numa política de saúde que se pretende humanizada e humanizante. Sem uma escuta cuidadosa, as possibilidades de danos, não apenas físicos como psicológicos, se tornam bem maiores.



Essa escuta exige da equipe de saúde o exercício de duas qualidades fundamentais, de acordo com as diretrizes históricas do Sistema Único de Saúde (SUS) em sua busca por um atendimento humanizado: a autonomia e a empatia. Como destaca Anamélia Franco, “o humano exercita sua condição colocando-se no lugar do outro”. Mas ninguém pode colocar-se no lugar do outro e respeitar sua autonomia, sua liberdade, sem que lhe conceda uma boa escuta. Ao falar em autonomia, a autora observa que “a liberdade deve ser um valor na atenção em saúde e essa liberdade sempre foi comprometida pelas relações verticalizadas, hierarquizadas, nas quais os/as profissionais de saúde estão em condição de poder”, uma constatação que não só nos entristece como deve nos indignar. Mas ela afirma mais: considera que a humanização demanda relativização dos protocolos. Por quê? Porque apesar de nossa luta ser, fundamentalmente, por modelos distributivos de saúde, que respondam afirmativamente à pergunta que abre esse comentário, precisamos trabalhar também por políticas de reconhecimento das diferenças, construindo singularidades. Ao construir singularidades, diz Anamélia Franco, continuamos a reconhecer que as experiências não devem ser desiguais, mas podem ser, todavia, particulares, de modo que os nascimentos possam vir a ser diferentes. Diferentes não nas condições materiais imediatas, porém nas condições imateriais. O Nascer não pode ser somente um assunto médico-protocolar, precisa enraizar-se na história e no desejo da mulher, que não pode ser tratada como um simples objeto nas mãos da equipe de saúde. Nesse sentido, Nascer não é e nem deveria ser igual para todas as pessoas. A humanização depende de uma escuta cuidadosa e particularizada de cada mulher, casal, família, uma escuta capaz de dar espaço para aquilo que esses atores e atrizes sociais antecipam em termos de imagens, temores, desejos e expectativas em torno do nascimento. Assim, a resposta para a pergunta que abre esse comentário seria, mais precisamente – sim e não: sim, porque deveria haver políticas de saúde capazes de ofertar a todas as mulheres um parto humanizado; não, porque nascer nem pode e nem haveria de ser igual para todos/as, porque não há uma única forma de nascer, do ponto de vista cultural, como não há uma única forma de experienciar ou de desejar, do ponto de vista subjetivo, o “fazer nascer”, mesmo dentro de um mesmo contexto semiótico-cultural. Se o nascer, em termos de oferta de condições materiais/estruturais/ambientais, deve ser igual para todas as pessoas, em termos das condições imateriais, precisa ser particularizado, construído caso a caso, desde a escuta da mulher e dos demais atores sociais envolvidos nesse ritual de chegada à vida.

Nesse contexto, em geral marcado pela presença das mulheres e por seus saberes, a dor surge como um tema recorrente e é preciso que ela seja acolhida e respeitada. Nas palavras de Viviane Mutti, em “A dor do parto: posicionamentos e significados”, “a dor assume relevância como um fenômeno atrelado ao processo parturitivo, seja como uma circunstância inevitável [como em geral é significanda entre as mulheres



de mais idade] ou possível de ser evitada [como em geral acontece entre as mulheres mais jovens], permeando de forma marcante as narrativas das mulheres através de diferentes gerações e sociedades”.

O parto é um tema comum nas conversas familiares entre avós, mães, filhas, tias, às vezes gerando solidariedade, às vezes gerando conflitos, em face das diferentes formas de significá-lo a cada tempo. Segundo Viviane Mutti, “dificilmente mulheres se reunirão para dialogarem sobre tipo de parto, circunstância, local de ocorrência, dentre outros tópicos relacionados, sem mencionarem o tema da dor”. O tema da dor parece acionar a cumplicidade entre as mulheres da família, encurtando, ao menos contingencialmente, as distâncias geracionais.

A questão geracional é outro ponto forte a ser destacado no livro *Nascer não é igual para todas as pessoas*. Como mostram Ana Cecília de Sousa Bastos, Luiz Fernando Calaça de Sá Júnior, Julianin Araujo Santos e Paulo Maciel Machado, em “Memória autobiográfica da gravidez e do parto em mulheres brasileiras de diferentes gerações”, “no Brasil, é pequena a tradição de estudos transgeracionais, do ponto de vista da Psicologia”. E esse estudo dá um importante contributo nesse sentido. Aqui, completam os autores, “a experiência analisada é o tornar-se mãe, e o evento considerado é o parto, assumido como um demarcador relevante na transição para a parentalidade”. Nesse capítulo, os autores, ao pautarem as conversações entre gerações de uma mesma família sobre o nascer, respondem, sem mais delongas, à pergunta que faço no início deste comentário: “nascer não é igual para todos[as]; engravidar e parir são experiências únicas para cada mulher”. De acordo com as autoras, as conversações em família favorecem a transmissão de tradições, valores, experiências acumuladas, padrões, mitos e rituais próprios da cultura familiar, sem, no entanto, impor um modelo único, capaz de uniformizar as experiências.

Nessa troca intergeracional entre mulheres, “[...] ecoam as vozes canônicas das narrativas sociais [...]” (MILLER, 2005 apud BASTOS et al.), sempre ressignificadas, porém, por cada mulher, em seu contexto sociocultural e em seu tempo histórico-geracional. É essa ressignificação que garante, como afirmaria Valsiner (2012), a falta de isomorfismo cultural, ou seja, as descontinuidades entre as mulheres. Se as mulheres das mais novas gerações reproduzem as experiências de suas avós, mães, tias, irmãs, revelando a transmissão intergeracional dos saberes e fazeres em torno do nascimento, elas o fazem interpretativa e criativamente, acompanhando as mudanças sociais de seu tempo e a dinâmica de um psiquismo sempre pronto para imaginar, fazendo Nascer o novo, o bebê!

## REFERÊNCIAS

- BEAUVOIR, S. de. *O segundo sexo*. 2. ed. Tradução de S. Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2000]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prto693\\_05\\_07\\_2000.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prto693_05_07_2000.html). Acesso em: 14 jun. 2019.
- HALBERSTAM, J. Una introducción a la masculinidad femenina: Masculinidad sin hombres. In: HALBERSTAM, J. *Masculinidad femenina*. Tradução de Javier Sáez. Barcelona: Egales, 2008. p. 23-66.
- HILLMAN, J. *Ficções que curam: psicoterapia e imaginação em Freud, Jung e Adler*. Tradução de Gustavo Barcellos *et al.* Campinas: Verus, 2010a.
- HILLMAN, J. *Re-vendo a psicologia*. Tradução de Gustavo Barcellos. Petrópolis: Vozes, 2010b. (Coleção Reflexões Junguianas).
- MACHADO, L. Z. Gênero, um novo paradigma? *Cadernos Pagu*, Campinas, v. 11, p. 107-125, 1998. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634467/2391>. Acesso em: 15 maio 2018.
- MILLER, T. *Making Sense of Motherhood: a narrative approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
- MOI, T. *What is a woman?: and other essays*. Oxford: Oxford University, 1999.
- VALSINER, J. *Fundamentos da psicologia cultural: mundos da mente, mundos da vida*. Tradução de Ana Cecília de Sousa Bastos. Porto Alegre: Artmed, 2012.

## PARIR NÃO É IGUAL PARA TODAS AS PESSOAS: CONSIDERAÇÕES EM TORNO DO PROCESSO DE RITUALIZAÇÃO DO PARTO

Delma Barros Filho

A postulação geral expressa na primeira parte do título, acerca das diferenças que cercam o processo de parto, ilustra um tópico mais amplo que diz respeito às questões humanas: o do ordenamento cultural dos eventos biológicos. Porque se é certo que nascemos e morremos, não é da mesma maneira que os animais não humanos. Estabelecemos rituais em torno do nascer e do morrer, sendo o parto um acontecimento que expressa de forma extraordinária esse aspecto.

No tocante à gravidez, à maternidade, ao parto e a muitos outros conteúdos socialmente relevantes, existem prescrições (formais e informais) em relação às quais subsiste a expectativa de que sejam adotadas pelas pessoas que vivenciam tais experiências. Correspondem à “miríade de sugestões sociais” presentes no espaço discursivo. (VALSINER, 2012, p. 142) A forma de relação das pessoas em geral, e especificamente das mulheres, com esses modelos prévios (algumas vezes codificados em leis), assim como os próprios modelos, são objeto de contínuas modificações ao longo do tempo. Esse constante movimento engendra as condições para a vivência de tensões que podem, por um processo dialético, produzir novas sínteses, informadas pela sociabilidade da época e pelo momento histórico no qual se desenvolvem. É justamente essa interação de fatores que estabelece os cenários que representam as dinâmicas em jogo na definição das diversas trajetórias e histórias descritas e analisadas no conjunto dos seis capítulos que integram essa primeira parte do livro.

Valsiner (2012) escreve sobre duas noções que são centrais para esse entendimento. Primeiro, sua afirmação de que “[...] a vida psicológica humana, em sua forma mediada por signos, é afetiva em sua natureza [...]”. (VALSINER, 2012, p. 361) Ele também se refere a padrões de ações ritualísticos e declara que os campos afetivos se

reorganizam por meio desses padrões, que “podem ser vistos como imagens externalizadas. [...] No desenvolvimento humano, diferentes instituições sociais – religiosas, educacionais, médicas – promovem o estabelecimento de tais padrões de conduta como reguladores do campo afetivo”. (VALSINER, 2012, p. 392) A reorganização dos campos afetivos se processa em vários níveis e envolve tanto os aspectos intraindividuais quanto as relações intersubjetivas em sua conexão com as transformações que caracterizam as experiências humanas.

Assim, considerada a nossa condição de sujeitos históricos, de pessoas que se desenvolvem em um determinado tempo e espaço, existem limites tanto para aquilo que é possível pensar quanto para aquilo que se pode realizar. Trata-se da relação entre o que está disponível para se viver a experiência, do ponto de vista do desenvolvimento das sociedades, e, de maneira recíproca, do lado das pessoas, de como se pode deixar viver a experiência. O modo de relação das pessoas com os padrões ritualísticos que buscam circunscrever a experiência do parto, sejam tais padrões tornados explícitos na forma de leis ou práticas institucionais formais, seja como sugestões sociais de determinados grupos de pertencimento (classe social, geração, família), é a questão principal que organiza a apreensão do conjunto de textos apresentados. Por meio da paisagem geral criada pela sequência de apresentação dos capítulos acompanhamos que, do trânsito do primeiro para o último, ocorre um progressivo deslocamento no acento das questões de âmbito mais intraindividual, sem se perder de vista a necessária ligação com os aspectos que as transcendem, para um enfoque nos ordenamentos mais hierárquicos e coletivos, vinculados com movimentos sociais que se articulam com outras instâncias na luta e defesa de direitos.

Abrindo a sequência de capítulos se encontra aquele que é o estudo inaugural do grupo de pesquisa, “Nasce uma mãe: uma visão semiótica e sistêmica sobre a transição para a maternidade” da Ana Patrícia Vargas Borges, realizado entre os anos de 2004 e 2005. A autora afirma no início do texto que “Hoje a maternidade não é mais um destino inevitável para a mulher, mas um projeto passível de ser concretizado por ela”. Portanto, a maternidade é escolha, e mais, assume-se como premissa que ocorre um processo de transição para a maternidade, uma vez que parir não funda uma mãe. O estudo teve como objetivo analisar essa transição, apoiando-se na “síntese sócio-histórico-cultural (a Rede de Significações) e da teoria do curso de vida, considerando a experiência do parto do primeiro filho como elemento ‘divisor de águas’ na história de vida de mulheres adultas”.

---

1 As citações de Ana Patrícia Vargas Borges; Ana Cecília de Sousa Bastos, em coautoria com Luiz Fernando Calaça de Sá Júnior, Julianin Araujo Santos e Paulo Maciel Machado; Viviane Mutti e Marianna Medrado de Oliveira Mendes podem ser localizadas nos capítulos deste livro.

Declara, ainda, que embora existam razões históricas que elucidam a construção da ideia de maternidade, o interesse do estudo é discutir “como é construída a rede social e econômica na qual cada mulher está inserida”.

Borges afirma que “Os processos naturais mudam suas qualidades ao serem incluídos na estrutura mais complexa dos processos culturais; é função dos símbolos mediar esta relação, caracterizando-se a fala como a mais importante diferenciação dos processos naturais”. A partir da apresentação e análise dos oito casos, formula a conclusão de que a transição para a maternidade não é igual para todas, uma vez que depende de uma série de fatores, dentre os quais: como a mulher lida com sua experiência profissional, o evento da gravidez ter sido inesperado, sua expectativa em relação à participação ativa do marido, o fato de contar (ou não) com uma rede social de apoio.

Em linha de complementaridade com o primeiro capítulo encontra-se o segundo estudo, “Memória autobiográfica da gravidez e do parto em mulheres brasileiras de diferentes gerações” da Ana Cecília de Sousa Bastos em coautoria com Luiz Fernando Calaça de Sá Júnior, Julianin Araujo Santos e Paulo Maciel Machado, no qual se considera que narrar envolve reconstrução, e o parto é então recriado pelo processo narrativo por meio de conversações entre mulheres de gerações diferentes e de diversas classes sociais. A pretensão é explorar “a memória autobiográfica em torno do parto e transição para a maternidade numa tentativa de articulação entre narrativa, *self* e identidade, situada tanto no nível macro, do sistema cultural amplo, como no micro, do ambiente narrativo imediato”. O fenômeno narrativo é encarado enquanto um mecanismo de socialização intergeracional com a consequência explicitamente declarada de que, “ao se engajarem ativamente em um contexto comunicativo, mães e filhas tornam-se coautoras ou coconstrutoras de um novo conhecimento cultural”. Com esse estudo se formaliza e reforça a noção de que o parto e as condições que cercam o nascimento dos filhos e a gravidez não são iguais para todas as mulheres.

Em uma perspectiva integrativa dos dois trabalhos iniciais, encontramos o estudo apresentado no terceiro capítulo, “A dor do parto: posicionamentos e significados” da Viviane Mutti, onde é focalizada a questão da dor no parto. A dor do parto é igual para todas? Os casos apresentados e as análises ilustram de forma inequívoca o aspecto das relações entre as prescrições para agir, explicitadas nos padrões de ação ritualística, e o modo como as pessoas conseguem lidar com tais prescrições. São apresentadas e analisadas as narrativas de três participantes de um “núcleo familiar composto por uma avó e duas mães”. O caso de Laura, uma das mães, é o exemplo por excelência da questão, uma vez que a participante apresentou “certa descontinuidade com essa tradição familiar de ser forte na circunstância da dor”. A autora também indica como uma das sínteses propiciadas pela análise dos casos do estudo que há “uma flutuação entre diferentes saberes e recursos no que se refere ao controle da dor entre

as diferentes gerações: ora está submetido às crenças familiares, ora ao saber médico, ora às próprias estratégias da mulher”. A passagem a seguir exemplifica questões que foram abordadas no segundo e terceiro capítulos, porque trata da transmissão intergeracional através de narrativas de aspectos que orientam as vidas das pessoas. No caso, trata-se da perpetuação de uma determinada forma de avaliação da dor no parto. A esse respeito, Valsiner (2012) reconta um mito do Shanti Nagar (na Índia), a respeito da história da dor no parto:

No começo se acreditava que todas as mulheres foram criadas fora da água. Então Deus criou uma criança pequena e a pôs dentro de um poço. Ninguém prestou atenção a ela, apenas passaram por cima. Então Deus disse que ele não iria criar ninguém sem dor. Agora, quando homens e mulheres se unem, crianças nascem com dor. Desse modo, também, a criança nasce do próprio sangue das pessoas, e elas se interessam mais por ela e prestam atenção a ela. Quando uma criança nasce, a parteira a coloca na terra, porque é a terra que tem o fardo de suportar a criança, e Deus é todo poderoso. (FREED; FREED, 1980 apud VALSINER, 2012, p. 314)

E acrescenta que, quando uma mulher conta essa história a outras pessoas em diversas ocasiões, ela está reforçando e reiterando sua própria aceitação, e até uma avaliação positiva, quanto à dor no parto. O autor também considera que certamente isso que ela faz agora, de contar a outros, ocorreu-lhe na própria infância. O recontar, escreve o autor, “[...] atualiza sua versão internalizada da história [...]”. (VALSINER, 2012, p. 314) Essa questão da dor é retomada e reexaminada no quarto capítulo, onde vai aparecer como justificativa predominante e decisiva para a escolha pela via de parto apresentada por algumas mulheres.

No quarto capítulo, “Protagonismo feminino no processo de escolha da via de parto” da Marianna Medrado de Oliveira Mendes, o tema da relação entre o que se espera que se faça e o que se decide por fazer é rerepresentada de forma diferente porque os temas da medicalização do parto, e da dor no parto, que já haviam sido objeto de consideração no estudo anterior, assumem o primeiro plano nas análises e discussões realizadas. Ao se referir às mulheres da rede privada que tiveram seus filhos através de parto cirúrgico, a autora analisa que “havia, portanto, convergência entre direções sociais e orientações pessoais presentes nessa dinâmica, nos vários momentos do processo”. Essa síntese questiona a nossa expectativa de que o normativo deva ser o natural e fisiológico. Isso porque, no caso da via de parto, as direções sociais quebram essa lógica, uma vez que, no Brasil, a orientação preponderante tem sido para a escolha pela cesariana. Assim, optar pela via de parto vaginal significa ir contra o normativo, visto que se optou por uma escolha alternativa de dar à luz aos filhos. O medo da dor do parto normal apareceu como principal motivo para a escolha da via cirúrgica de nascimento.

Também nesse estudo são explicitadas algumas questões específicas das trajetórias das mulheres que escolheram esse caminho não normativo para a via de parto nos dias atuais. Isso porque, apesar de terem se municiado com informações científicas quanto ao processo, tiveram que romper com a direção social dominante para a via de parto, inclusive com “o próprio serviço de saúde que deveria ter a função de esclarecer e basear suas atividades nas evidências médicas mais recentes”. O estudo também teve valor de denúncia ao ser porta-voz das narrativas das mulheres usuárias do serviço público de saúde, que se queixam da escassez e pouca efetividade da comunicação entre elas próprias e a equipe de profissionais que acompanharam seus respectivos períodos de gestação nas instituições onde

as informações referentes ao processo de parturição, e sobretudo sobre a via de parto de desejo da mulher, são pouco enfatizadas ou até mesmo negligenciadas nesta fase do atendimento pré-natal. Desta forma, faz-se urgente a necessidade de treinamento e capacitação destes profissionais ligados à assistência ao parto, para que sejam abordados não somente temas relacionados aos aspectos fisiológicos da gestação, mas também temas relacionados aos aspectos mais subjetivos que envolvem dúvidas e anseios sobre o momento do parto. (MENDES)<sup>2</sup>

O estudo também pode ser importante como meio de orientação para outras mulheres que, uma vez tendo feito a opção pessoal pela via do parto normal e não obtido sucesso, possam influenciar para produzir mudanças no nível de apoio de diversos instituições sociais, incluindo as próprias famílias e a equipe de assistência.

Como apreensão geral para os estudos apresentados é possível formular para a maioria deles a questão geral sob foco das seguintes maneiras: a transição para a maternidade é igual para todas as pessoas? O parto e as condições que cercam o nascimento dos filhos e a gravidez é igual para todas as pessoas? A dor do parto é igual para todas as pessoas? É possível a todas as pessoas a escolha pela via do parto? A resposta às indagações é: não. O principal aqui não reside precisamente na resposta, que parece até muito óbvia, mas na pergunta. Essa forma de organização da pergunta sugere uma espécie de declarada denúncia da desigualdade que cerca muitas das questões humanas. Pensar sobre a desigualdade tem algumas consequências porque podemos considerar, por exemplo, que ela se estabelece como o desfecho de uma escolha: optar por ser ou não mãe, decidir por um parto com ou sem dor, escolher a via de parto que se deseja ter. São todas questões que, uma vez decididas, infundem desigualdades ao processo. No entanto, a desigualdade pode ser o resultado que acompanha a privação por causa de questões relacionadas com escassez e diferença nas condições materiais e sociais de vida. Nesse segundo caso, representado por muitas questões que são trazidas e problematizadas a partir dos capítulos, trata-se de

2 Autora do capítulo “Protagonismo feminino no processo de escolha da via de parto” deste livro.



condição a ser denunciada e superada como forma de garantir que as desigualdades se situem mais no campo da diferença efetuada por uma opção do que como imperativo inexorável ligado a determinadas condições restritivas de vida. Como síntese final é importante assinalar que nos seis textos, de formas distintas, aparece a questão da variação e construção humana em torno do parir, na medida em que cada capítulo toma o acontecimento do parto de forma a demonstrar, por diferentes meios, a questão do ordenamento cultural de eventos marcadamente biológicos.

#### REFERÊNCIAS

VALSINER, J. *Fundamentos da psicologia cultural: mundos da mente, mundos da vida*. Tradução de Ana Cecília de Sousa Bastos. Porto Alegre: Artmed, 2012.

## TORNAR-SE MÃE DE UM BEBÊ PREMATURO: RESSIGNIFICANDO A TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE

Aila Nunes  
Virgínia Dazzani

A maternidade é uma construção psicológica e sociocultural complexa, e envolve um processo dinâmico que, em certos casos, está sujeito a dificuldades, algumas inerentes ao nascimento de um filho, outras ocasionadas por situações de vulnerabilidade – como pobreza, violência, doenças da mãe ou do filho etc. (ZITTOUN, 2015) Ela pode ser compreendida como o resultado do “interjogo” entre duas dimensões psicológicas que não podem ser dissociadas: uma **relacional** (a mulher já é, ou vai ser, a mãe de alguém) e outra **autônoma** (que diz respeito ao impacto pessoal da maternidade na vida da mulher). (BORGES; BASTOS, 2011)

Como apresentado em outros capítulos deste livro, é comum à própria maternidade a presença de múltiplos sentidos e significados, geradores de tensões e conflitos no *self*. No contexto da prematuridade, o capítulo “Tornar-se mãe de um bebê prematuro: oscilações oriundas da prematuridade e as dinâmicas afetivo-semióticas associadas a esta experiência”,<sup>1</sup> de Isadora Sebadelhe e Márcio Santana da Silva, El-Aouar explana de forma precisa e profunda a emergência de sentimentos ambivalentes ainda maiores, com tensões e conflitos mais intensos nos campos afetivos da mãe quando ocorre a interrupção no curso esperado para uma gestação – o nascimento a termo de um bebê completamente desenvolvido e saudável. (EL-AOUAR, 2016; ESTEVES, 2009; GONÇALVES, 2004; MEIRA, 2005; VALIZADEH et al., 2014)

Na leitura do texto de El-Aouar (2019) há um aspecto que salta os olhos: em geral, na pesquisa acadêmica, estamos propensos a pensar a maternidade e, principalmente, o **tornar-se mãe**, a partir de uma perspectiva que nem sempre considera as

1 A citações de Isadora Sebadelhe e Márcio Santana da Silva podem ser localizadas nos capítulos deste livro.



narrativas das próprias mães e seus dilemas, muito menos se debruça sobre aspectos microgenéticos, nos quais os processos de significação se dão continuamente, a todo o instante. A partir desse trabalho, identificamos os diferentes fatores relacionados ao tema da prematuridade e o valor das macro e micronarrativas em cada processo de transição para a maternidade.

Segundo Tenório (2011), por séculos, a maternidade foi tratada como parte da vida e conduzida como uma função natural que não demandava instruções especiais ou cuidados diferenciados. Portanto, não existiam discursos sobre como ser uma mãe, ou como criar os filhos. Esses conhecimentos eram passados de geração a geração, através da observação de como a própria mãe e outras mulheres da família faziam.

No final dos anos 1960, a formação em psicologia nada ensinava sobre a maternidade. (TENÓRIO, 2011) O contato dos estudantes com essa temática era restrito ao estudo sobre o desenvolvimento intrauterino, estando a mãe reduzida ao lugar onde o bebê se desenvolve; posteriormente, após o nascimento, passava a ser vista como a cuidadora e promotora do ambiente que possibilitava o desenvolvimento do bebê. Essa era uma função considerada natural, imutável e eterna, além de uma experiência de inesgotáveis emoções, intensas e positivas. No entanto, na prática, a própria experiência da autora contradiz essa crença tradicional, como ela narra:

Minha experiência como mãe de três me revelou um outro lado das coisas: a maternidade não era natural; a ansiedade vinha em momentos tão ‘naturais’ quanto a amamentação; aconselhamento era inútil; as posturas para carregar o recém-nascido, alimentá-lo, banhá-lo, não brotavam espontaneamente do instinto. Momentos de fadiga, inquietação, e sentimentos de impotência eram mais frequentes do que as grandes alegrias da maternidade. (TENÓRIO, 2011, p. 33, tradução nossa)

Acompanhando informalmente grupos de mães nas redes sociais e no contato pessoal com outras mães, constata-se a necessidade dessas mulheres de compartilharem suas experiências e obterem informações confiáveis a respeito deste momento de transição. Visto que a experiência de gestar, parir, amamentar, cuidar e educar um ser humano é, provavelmente, uma das mais radicais transições experimentadas por uma mulher (provocando mudanças físicas, psíquicas, emocionais, afetivas, relacionais e profissionais extremas e, muitas vezes, irreversíveis), não é difícil entender a dissonância entre expectativas e realidade da experiência de tornar-se mãe. (MILLER, 2007)

Em um estudo com mães primíparas, Miller (2007) revela que a experimentação daquilo que as mães sentiram como fracassos não faz parte das “histórias otimistas” dos discursos de boa maternagem reproduzidos socialmente. Apesar de estes serem

dinâmicos e poderem ser desafiados e reestruturados, permanece uma tendência a percebê-los como verdade e mantê-los inquestionáveis.

Isso continua acontecendo mesmo após décadas de estudos feministas terem demonstrado a grande diversidade nas experiências de nascimento, maternagem e demais responsabilidades de cuidado. Nesse sentido, o estudo de El-Aouar (2019) evidencia que tais discursos têm negligenciado as circunstâncias, relações de poder e interesses que colocaram a mulher como a principal responsável pela criação dos filhos, levando a crenças de que as habilidades maternas da mulher são naturais, essenciais e inevitáveis. Similarmente, Tenório (2011) argumenta que sentimentos maternos têm origens biológicas e psicossociais e explica que meninas desenvolvem uma elaborada disposição psicológica, a partir dos primeiros anos de vida em diante, que servirá de base para desenvolverem uma capacidade e inclinação para cuidar dos outros.

El-Aouar (2019) destaca o fato da maternidade se constituir como um fenômeno social, carregado de imagens culturais e ideológicas herdadas e teorias do senso comum, que influenciam as experiências de qualquer nova mãe, especialmente aquelas que vivenciam o nascimento precoce de um filho ou uma filha. Esses discursos sociais e culturais ao redor da noção de uma maternidade intensiva, (BELL, 2006) que é apresentada como a maior prioridade na vida da mulher, ainda influenciam o imaginário feminino. Mesmo que em absoluta dissonância com o papel atual da mulher na sociedade ocidental, tais discursos provocam angústia e culpa nessas mulheres que lutam, interna e externamente, com difíceis dilemas entre aspirações pessoais e exigências sociais muitas vezes irreconciliáveis. Discursos baseados na invenção da “boa” maternidade têm fortes implicações na forma como as mulheres vivenciam essa transição e reavaliam seus projetos de vida, limitando as possibilidades de suas identidades, práticas discursivas e ações. (DUARTE; GONÇALVES, 2007, 2011)

Os autores deste livro compartilham da noção de que tornar-se mãe está entre as mais dramáticas transições desenvolvimentais do início da vida adulta e enfatizam o processo de transformação da identidade como um dos maiores desafios que a maternidade acarreta no nível individual. Duarte e Gonçalves (2007, 2011) salientam o fato de que a transição para a maternidade implica na construção de uma nova identidade feminina, mas que também envolve uma necessária reorganização e acomodação das posições de identidade prévias que constituem o repertório pessoal de cada mulher, considerando que essa transição é caracterizada por um interjogo constante entre diferentes, e muitas vezes exigentes, posições de identidade.

Os conflitos e tensões no *self*, intensificados pela série de microrrupturas que se seguem ao evento disruptivo não normativo do nascimento prematuro, como detalhados por El-Aouar (2019), provocam uma maior variedade de posições de identidade, exigindo mais reorganizações e acomodações dessas mães, fazendo emergir o que a autora descreve como um *movimento semiótico-pendular*, de valor tanto teórico quanto



metodológico, uma vez que demonstra que a mãe é uma informante relevante e autorizada sobre os processos e eventos do desenvolvimento, sobretudo em contextos institucionais, em particular no contexto da saúde. Esse aspecto tem, ainda, outra consequência importante: as mães não apenas têm uma voz que pode ser ouvida, mas a relação que elas mantêm com seu contexto e parceiros, as escolhas que fazem (por exemplo, entrar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para visitar o seu bebê prematuro ou não entrar; segurar o bebê ou não segurar; conversar com o bebê no momento de fragilidade emocional ou não conversar; confiar na equipe hospitalar ou não confiar etc.), indicando e construindo campos semióticos, preferências, interesses e valores, expressam um caráter agencial da posição da mãe.

Essa questão nos remete a um outro aspecto importante da experiência da maternidade que diz respeito aos recursos internos e externos disponíveis para que as mães possam exercer essa agencialidade, seja no contexto de nascimento a termo ou de prematuridade. Estudos recentes, mencionados por Noy, Taubman-Ben-Ari e Kuint (2015) identificaram que crescimento pessoal faz parte da experiência normal da maternidade e indicaram que menores recursos internos (operacionalizados como os padrões de apego) e maiores recursos externos (definidos como a qualidade da relação do casal e apoio da avó materna) contribuíram para esse desenvolvimento. É interessante que, em situações nas quais a maternidade acontece permeada por eventos estressantes e disruptivos, como no nascimento prematuro, pesquisas revelam maiores níveis de crescimento desenvolvimental. (NOY; TAUBMAN-BEN-ARI; KUINT, 2015; TAUBMAN-BEN-ARI; FINDLER; KUINT, 2010; ZITTOUN, 2007)

Considerando que, em situações de estresse, mulheres que possuem mais recursos externos, tais como redes de apoio, podem ampliar sua percepção de si mesmas e de seu ambiente, experimentando um crescimento mais significativo, (TAUBMAN-BEN-ARI; FINDLER; KUINT, 2010) o estudo de El-Aouar (2016, 2019) é de extrema relevância, pois demonstra que a modalidade de atenção à saúde utilizada no cuidado do neonato prematuro pode ser um fator que favorece o agenciamento da mãe. O caso do Ambulatório de Mãe Canguru serve como um modelo, pois instrumentaliza e incentiva as mães no exercício da função parental, ajudando-as a superarem as dificuldades de cuidar de um recém-nascido prematuro, podendo, assim, promover um maior crescimento desenvolvimental.

Posto que o cuidado e a saúde institucionalizada ocuparam o espaço promotor do desenvolvimento, é importante compreendermos como o ambiente e suas características simbólicas e físicas, os parceiros e os valores culturais relacionados à maternidade jogam um papel central na constituição da subjetividade e da agência dos indivíduos. O bebê pré-termo, a mãe e o modelo de cuidado: isso tudo indica a importância da cultura coletiva sobre as práticas de maternidade, sobre o desenvolvimento humano e sobre a qualidade da interação mãe-bebê.

## REFERÊNCIAS

BELL, S. E. Becoming a mother after DES: intensive mothering in spite of it all. In: FINA, A. de; SCHIFFRIN, D.; BAMBERG, M. (ed.). *Discourse and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. p. 233-252.

BORGES, A. P. V.; BASTOS, A. C. de S. Meanings through the Transition to Motherhood: Women Before and After Childbirth. In: BASTOS, A. C. S.; URIKO, K.; VALSINER, J. (ed.). *Cultural dynamics of women's lives*. Charlotte: Information Age Publishing, 2011. p. 395-420. (Advances in Cultural Psychology Book).

DUARTE, F.; GONÇALVES, M. M. Negotiating motherhood: a dialogical approach. *International Journal for Dialogical Science*, [Syracuse], v. 2, n. 1, p. 249-275. Fall 2007.

DUARTE, F.; GONÇALVES, M. M. Negotiating motherhood: practices and discourses. In: BASTOS, A. C. S.; URIKO, K.; VALSINER, J. (ed.). *Cultural dynamics of women's lives*. Charlotte: Information Age Publishing, 2011. p. 361-393. (Advances in Cultural Psychology Book).

EL-AQUAR, I. S. *Tornando-se mãe de um bebê prematuro: a emergência de significados de maternidade a partir da experiência de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e ambulatório do Método Mãe Canguru*. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/23965/1/DISSERTA%20-%20ISADORA%20SEBADELHE%20EL-AOUAR.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2017.

ESTEVES, C. M. *A preocupação maternal primária em mães de bebês nascidos pré-termo*. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23021/000741664.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 out. 2017.

GONÇALVES, A. T. D. *Evolução dos padrões de interação mãe-bebê em crianças pré-termo nos seis primeiros meses de vida após a alta hospitalar: os precursos do apego*. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, 2004. Disponível em: [https://ips.ufba.br/sites/ips.ufba.br/files/andrea\\_diniz.pdf](https://ips.ufba.br/sites/ips.ufba.br/files/andrea_diniz.pdf). Acesso em: 11 out. 2017.

MEIRA, B. B. A. *Prematuridade: um estudo sobre a psicodinâmica familiar das mães acompanhantes de bebês prematuros*. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2005. Disponível em: [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97691/meira\\_bba\\_me\\_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97691/meira_bba_me_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 11 out. 2017.

MILLER, T. Is this what motherhood is all about?: Weaving Experiences and Discourse through Transition to First-Time Motherhood. *Gender & Society*, Newbury, v. 21, n. 3, p. 337-358, June 2007. Disponível em: [https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0891243207300561?casa\\_token=PdlPZ-JSd3YAAAAA:\\_bI9qnG3G6D-FClCu0GBIKMTFejtxNX\\_JCe6HqWgnJBMhPAoW\\_4zTqcT\\_qkHJJ06yDE6NjQbxojK9Q](https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0891243207300561?casa_token=PdlPZ-JSd3YAAAAA:_bI9qnG3G6D-FClCu0GBIKMTFejtxNX_JCe6HqWgnJBMhPAoW_4zTqcT_qkHJJ06yDE6NjQbxojK9Q). Acesso em: 5 out. 2017.

NOY, A.; TAUBMAN-BEN-ARI, O.; KUINT, J. Well-Being and Personal Growth in Mothers of Full-Term and Pre-Term Singletons and Twins. *Stress Health*, [S. l.], v. 31, n. 5, p. 365-372, Dec. 2015. Disponível em: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/smi.2560?casa\\_token=ZNG\\_LNBSdIcAAAAA:DWdEh-f94hmOXNvC2yj9VQrudV2Oi\\_AMZWQMtipyJeG3Yi3Z7gmewBKl13HqnhFXP6Vo5XyeiSWpjrjy](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/smi.2560?casa_token=ZNG_LNBSdIcAAAAA:DWdEh-f94hmOXNvC2yj9VQrudV2Oi_AMZWQMtipyJeG3Yi3Z7gmewBKl13HqnhFXP6Vo5XyeiSWpjrjy). Acesso em: 5 out. 2017.

TAUBMAN-BEN-ARI, O.; FINDLER, L.; KUINT, J. Personal growth in the wake of stress: the case of mothers of preterm twins. *The Journal of Psychology*, Provincetown, v. 144, n. 2, p. 185-204, Mar./Apr. 2010.

TENÓRIO, M. C. Traditional and Contemporary Mothering in Coexisting Worlds: Theories, Practices, and Cultural Realities. In: BASTOS, A. C. S.; URIKO, K.; VALSINER, J. (ed.). *Cultural dynamics of women's lives*. Charlotte: Information Age Publishing, 2011. p. 31-58. (Advances in Cultural Psychology Book).

VALIZADEH, L. *et al.* Continuous and multiple waves of emotional responses: Mother's experience with a premature infant. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, Mumbai, v. 19, n. 4, p. 340-348, July 2014.

ZITTOUN, T. Dynamics of Interiority: Ruptures and Transitions in the Self Development. In: SIMÃO, L. M.; VALSINER, J. (ed.). *Otherness in Question: Labyrinths of the Self*. Charlotte: Information Age Publishing, 2007. p. 187-214.

ZITTOUN, T. Synthetic Commentary: Trajectories of Motherhood. In: CABELL, K. R. *et al.* (ed.). *Making Meaning, Making Motherhood*. Charlotte: Information Age Publishing, 2015. p. 377-382.

PARTE II

**A EXPERIÊNCIA  
DA MATERNIDADE  
EM DIFERENTES  
TEMPORALIDADES  
E CONTEXTOS  
SOCIOCULTURAIS**



## ANOTAÇÕES INTRODUTÓRIAS À PARTE II

Ana Cecília de Sousa Bastos  
Vívian Volkmer Pontes

“A experiência da maternidade em diferentes temporalidades e contextos socio-culturais” é o título desta segunda seção, que permite uma perspectiva comparativa sobre o tornar-se mãe através de realidades socioculturais diversas.

É oportuno lembrar que o projeto de pesquisa que originou toda a série de estudos reunidos neste volume, ao longo de mais de uma década, era, desde o início, intercultural, dirigido para uma análise comparativa entre mulheres brasileiras que vivenciaram a gravidez e o parto em seu próprio país e nos Estados Unidos. Por questões operacionais, o projeto amplo seguiu um curso modificado, mantendo, porém, como inspiração uma marcada sensibilidade às especificidades do contexto sociocultural, mesmo quando dentro de um mesmo país, e a interlocução continuada com os pesquisadores que formularam inicialmente a proposta, em particular Jaan Valsiner e Roger Bibace.<sup>1</sup> Nesse sentido, podemos ver, retrospectivamente, a abrangência que os estudos tiveram através de uma diversidade de contextos socioculturais e, em paralelo, a abertura teórico-conceitual alcançada.

O projeto original se expandiu e contemplou outras dimensões e vertentes; novos projetos foram formulados, contando com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)<sup>2</sup> sob a forma de auxílio-pesquisa e bolsas, e dando corpo a dissertações e teses. Alguns dos estudos foram possíveis por circunstâncias que se colocaram no percurso: a presença de pesquisadoras associadas ao grupo em outros países (Itália, Timor Leste). A experiência de mulheres brasileiras residentes nos Estados Unidos ao longo da gravidez e no parto foi o tema da tese de doutorado de Roberta Takei, e é em parte apresentada em seu capítulo (Capítulo 9, o terceiro desta seção). Zilma Velame e Camila Lisboa analisam, no Capítulo 8, a experiência de mulheres brasileiras que tiveram filhos na Itália.

---

1 Ver Bastos, Almeida (2015) e Bastos, Uriko e Valsiner (2011)

2 Além do CNPq, registre-se o apoio, sob a forma de bolsas de mestrado e doutorado, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb).

A realidade do parto no Timor Leste – tomada, entre outros aspectos, como exemplo de um contexto sociocultural em que o parto é preponderantemente um evento familiar e não médico – aparece no impactante capítulo de Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima, ao comentar esta seção em seu conjunto. Ali se expressa uma das facetas mais cruéis do mundo contemporâneo: a que obriga tantas mulheres a parir em meio aos horrores da guerra e dos deslocamentos.

Os demais capítulos reúnem estudos que ilustram o impacto de uma diversidade de contextos culturais sobre parto e maternidade.

O primeiro capítulo da seção, de autoria de Elaine Pedreira Rabinovich, além das densas reflexões que traz, tem um caráter transgeracional, justificando a inclusão, no título desta seção, do termo “temporalidades”. A autora analisa o ser mãe em narrativas de mulheres de uma família de classe média alta, residentes em São Paulo, comparativamente com mulheres de uma família pobre.

O impacto de questões sociais como pobreza e violência sobre a maternidade aparece nos três últimos capítulos da seção, que contemplam vivências da maternidade em um bairro de periferia (capítulo de Lilian Perdigão Reis), a realidade de mães adolescentes pobres que se tornam viúvas precocemente por terem seus companheiros assassinados (capítulo de Alessandra Daltro e José Eduardo Ferreira Santos) e a maternidade exercida quando o filho jovem cumpre medidas socioeducativas devido a conflitos com a lei (capítulo de Marilena Ristum, Agnaldo Júnior Santana Lima e Andrea Sandovani Padovani).

Os capítulos-comentários que encerram esta seção constituem-se em textos de grande impacto: neles, Brenna Carvalho e Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima iluminam dimensões centrais aos textos constantes da seção, conduzindo o leitor por veredas imprevistas que expandem os significados e implicações das discussões até então empreendidas.

## REFERÊNCIAS

BASTOS, A. C. S.; ALMEIDA, M. Making Meaning, Making Motherhood: An Introduction to the Motherhood Project. In: CABELL, K. R. et al. (ed.). *Making Meaning, Making Motherhood*. Charlotte: Information Age Publishing, 2015. p. 11-18. (*Annals of Cultural Psychology*, v. 1).

BASTOS, A. C. S.; URIKO, K.; VALSINER, J. *Cultural Dynamics of Women's Lives*. Charlotte: Information Age Publishing, 2011.

# 7

## A IN/FORMA/TA/ÇÃO DA EXPERIÊNCIA E SIGNIFICADO DE SER/MÃE

Elaine Pedreira Rabinovich

Este estudo tem como objetivo analisar a partir de onde/com quem se forma e se informa a experiência que vai se constituindo como a trajetória de ser/mãe e seu significado.

Utilizou-se como método as narrativas das histórias de vida de mulheres referentes à gestação, parto e primeiras experiências após tais acontecimentos. Foram entrevistadas de modo livre três gerações de uma família e duas gerações de três famílias (respectivamente designadas por P, MI e FI, e por M1 e F1; M2 e F2; M3 e F3).

A organização da exposição do tema obedecerá o princípio de relatar episódios relativos a tais famílias, consistindo em: episódio 1 – significados de estar grávida; episódio 2 – significados de ser mãe; episódio 3 – vozes no saber-se mãe; finalizando com o episódio 4 – neovozes: a emergência da novidade.

### EPISÓDIO 1: SIGNIFICADOS DE ESTAR GRÁVIDA

Do interior do estado de Minas Gerais, M3 (mãe: 65 anos) foi formada na luta entre os dois partidos políticos que dominavam a cidade, sendo a sua família uma liderança de um deles. Além desta divisão, havia os católicos e os protestantes, “*e não tinha mais nada. A vida era isso: você fazia a 1ª comunhão, estudava, casava, tinha filho e pronto, era tudo muito simples*”. A vinda ao Rio de Janeiro nos anos 1960, para cursar uma faculdade, retirou tal simplicidade. “*Deixou de ser simples*.”

*Quando eu cheguei lá no Rio, não era mais simples. Resolvi ficar deslumbrada lá no Rio, na época em que entrei na faculdade, com esse choque da novidade, de descobrir o mundo que nunca pensei que existisse”. Para ter certezas ante um mundo que se desmoronava, teve de inventá-las, procurando apoio na “terapia, porque todas as meninas lá da faculdade faziam terapia, análise de grupo, que era moda na época”. Casou-se no civil, mas não no religioso, contrariando a vontade dos pais que não vêm ao casamento, e dos amigos, que são contra qualquer casamento. Ao engravidar, contudo, tudo se acerta, e então para com a terapia, “porque estava achando que estava dona do pedaço, felicíssima”. O obstetra foi indicado pelo irmão médico.*

Esta mãe descreve o choque entre fronteiras – no tempo e no espaço – mas, especialmente, dentro dela mesma, que se expressa com clareza no seu casamento e também, como veremos posteriormente, na sua “carreira” de mãe e profissional. Representa parte da geração do *baby boom*, nascida no Brasil na década de 1940, e que participou dos movimentos contestatórios, quer políticos, quer de costumes. Vinda de uma “Tradicional Família Mineira”, conhecida até hoje por sua força política conservadora, ao vir estudar na Universidade Federal do Rio de Janeiro encontra-se no centro de um furacão revolucionário onde seus valores são checados e transformados. No entanto, como descreve, suas atitudes mantêm alianças quer tradicionais, quer transformadas, sendo que a gravidez e o parto a reconduzem à rede familiar. Posteriormente, ao se mudar para São Paulo e se separar do marido, esta rede é substituída pela rede de amigadas, oriunda da escola maternal em que as filhas vêm a estudar.

Muito diferente dessa, para uma senhora negra, de 100 anos, a história do significado da maternidade de P começa com uma nebulosa no que se refere ao seu ser feminino, devido ao falecimento precoce da mãe e ao fechamento em que o pai manteve os filhos a fim de preservá-los; a seguir, passa por uma relação brutal com o marido, pelo parto e pós-parto traumáticos da primeira filha, por vários abortos e natimortos, dos quais vai se recuperar 10 anos após, com o nascimento da segunda e última filha. Esse nascimento marca a sua separação definitiva do marido e o início de sua vida como ser independente. O bebê gestado, ao nascer, parece depender de um processo “subjetivo”, pois, sem a fantasia da maternidade devido à ausência do ser-mulher, estava escondido dentro do corpo, não acessível à mente.

Histórias muito diferentes: duas mulheres do interior, com 35 anos de diferença entre elas, uma geração: uma, de família tradicional mineira, outra, neta de escravos; uma, professora universitária, outra, analfabeta. Contudo, ambas encontraram desafios transicionais devido a mudanças que as forçaram a se redirecionar. Com quem dialogaram? Que posições foram assumindo para construir o sentido da maternidade e de suas vidas?

A história da senhora de 100 anos fala de uma “não voz” com quem dialogar: um silêncio que apenas os muitos abortos e o trabalho para manter a única filha nascida acabam por quebrar. Assim, a segunda filha, gestada 10 anos após a primeira, emerge como a única que realmente é assumida como tal.

No parto da primeira filha, indaga: “*Por onde vai sair?*”. E obtém como resposta: “*Por onde entrou, assim vai sair*”; “*Mas como, por esse burquinho?!*”. Revela-se aí a solidão de uma menina que é “desorientada” por uma parteira. Tem um parto “*como um cabrito*” na segunda vez, realizado por médico em hospital. Em ambos não está sendo considerada como uma pessoa, mas como um animal, uma mostra da “medicina veterinária”. Além disto, o médico propõe adotar a recém-nascida: quer tirar-lhe a criança vinda ao mundo com tanta dificuldade, anulando-a e destruindo-a, oferecendo-lhe, como consolo, saber que vai ter uma filha rica. Mas, neste momento, já cresceu como pessoa e como mulher, e responde: “*Não, doutor, vai ser filha da graça de Deus. Se ela tiver que ser rica, da graça de Deus, minha não. Não! De jeito nenhum vou dar minha filha por dinheiro*’. *Respondi para ele desse modo.*”

Nesta história de tempo quase longo, que traça um itinerário de mulheres negras, mulatas, mestiças e pobres – devido às transformações que ocorreram nestes 100 anos referentes aos “direitos da mulher” –, pode-se traçar um ponto zero: um desconhecimento que é uma ausência de voz e, portanto, uma ausência de “ser”, reforçada por uma anulação de uma vontade de ser que, apesar disto, triunfa e se manifesta plenamente em uma maternidade não apenas desejada como também não “consumível” como uma mercadoria a ser negociada. Conquista um direito pleno de ser mãe.

Em sua filha, essa ausência de voz e de ser adquire outra roupagem, embora se mantendo.

*Eu casei e em seguida eu fiquei grávida do M. A. M. Eu não desejei. M. quase que nasceu num dia que tinha um casamento – porque o dia inteiro tinha casamento! Minha sogra não aguentava tanta festa que tinha pra fazer! Quase que ela nasceu lá... na cozinha, que era uma cozinha enorme. Cheguei no hospital, não pude nem passar pelo médico – quando eu cheguei, eles me botaram na cadeira de rodas e já fui direto para a sala de parto. (MI)*

A maternidade para MI passa por ser nora – nora que é a filha que a sogra sempre quis ter –, trabalhando para o buffet da sogra: “*M [a filha] quase nasce na cozinha*”; “*engraçado, não tá nem parecendo que eu estou esperando nenê*”. A gravidez se passa sem referência, pois o trabalho a tudo absorve. Nem o parto se ressalta. Pode ser que a visão de si própria dentro da rede familiar seja o fato fundante de ambos, gravidez e parto, não um ato individual.

*A M. não, não desejei. Agora o 3º é uma dádiva de Deus. Foi uma criança que eu peguei. Minha sogra que pegou, me chamou e eu fui lá. Sabe o que é uma... que parece que é uma luz para a gente. Uma criança que trouxeram à noite – que a mãe tinha morrido, eu não sei quem é, quem são, era pequenininho, não andava ainda, e precisava de alguém. Minha sogra me chamou, eu já estava deitada.*

MI tem 77 anos, mas não se sente como tal. Ser mãe é ser filha / nora / sogra / mãe adotiva, enfim, todos os representantes femininos do modo de ser. Interessante também a adoção de uma criança deixada na porta, em que a sogra concorda em ela adotar, e ela adota de coração, só tendo prazer com este filho, que parece mais “nascido” dela do que os seus próprios. A adoção, neste caso, emerge como um ato mais voluntário de maternidade do que a gestação.

A outra história, da mãe mineira, está imersa na história do Brasil do ponto de vista do branco: a luta entre os partidos políticos, entre as vertentes religiosas, dividida entre duas posições oponentes – ou uma ou outra. A vinda ao Rio em plena efervescência dos anos 1960 complexifica o número de posicionamentos e de interlocações a ponto de mais uma voz ser convocada, a fim de coordenar as demais: a voz da psicoterapia, em grupo, como convinha à época. A maternidade, contudo, aparece como uma voz que centraliza as demais e a coloca no “centro do mundo”. A rede sócio-familiar continua operando, porém, na escolha do ginecologista.

A história dessa mãe se liga a duas outras mães, assim como às suas filhas, por terem participado de um “experimento” educacional realizado por uma escola maternal que existiu entre os anos de 1968 e 1978, mais ou menos. Baseada em Paulo Freire, com a participação de sua filha, Madalena, e em Piaget, caracterizou-se por ser um reduto de pais “de esquerda”, contestadores do sistema político e cultural, que procuravam vias alternativas de criar não apenas seus filhos, mas o próprio mundo. O clima favorecido pela escola era o da colaboração entre as crianças e uma centração no grupo, de modo que cada criança se alegrava com as conquistas da outra, percebendo-a como suas também.

No entanto, o ponto que esta mãe firma se refere a um modo de ser não individualista, que persevera na rede de amizades das filhas e das mães, e nas opções que as filhas tomam em relação à maternidade, como veremos posteriormente.

*E eu cheguei lá no dia em que o Caetano Veloso estava lá, cantando pras crianças. Então achei isso: é aqui mesmo que as meninas vão ficar. E foi ficando... deu certo. E acho que isso acabou influenciando um pouco a história delas; um pouco não, bastante. Primeiro, elas continuam amigas. Eu nunca vi isso na minha vida. Elas continuam amicíssimas, e misturaram os filhos todos, como... por conta da escola, foi muito importante! Os grandes amigos que tenho aqui são da escola. Viviam circulando entre eles e agora a mesma coisa: mas não é possível, agora os filhos! Eu não conheço uma situação dessas, não! (M3)*

No momento anterior à gravidez, portanto, pode-se observar a historicidade da pessoa como pessoa e como mulher, podendo-se pensar, a partir do exposto acima, em três níveis de consciência gestacional diretamente ligados a posicionamentos ocupados por um “eu” que significa a partir de relacionamentos com outros significativos:

1. ausência de voz: o fenômeno não existe, a gestação existe apenas como processo biológico e fisiológico;
2. presença de sensações internas: surge o corpo, e não a gravidez;
3. vozes como representação: a gravidez é o fenômeno.

Sentidos e significados estão próximos e distantes: embora sinônimos, estão distantes entre si devido aos sentidos estarem conectados ao mundo concreto e os significados ao mundo mental. O significado da gravidez aparece apenas quando associado a um conceito. A maternidade como conceito, por seu lado, pode não estar ligada à gestação, como no caso da adoção.

Pode-se pensar, também, que oriundas de campos socioculturais tão diversos, as famílias acima possuem algo em comum que acabou por uni-las: um sentido do coletivo, de algo como um destino comum. Contudo, é preciso notar igualmente que este “coletivo” foi e é vivido muito diferentemente pelas mulheres retratadas: numas, a família se sobrepõe à pessoa; nas outras, dá-se o inverso: a pessoa se sobrepõe ao todo familiar.

## EPISÓDIO 2: SIGNIFICADOS DE SER MÃE

Apresentaremos, neste item, as narrativas referentes a uma família da qual foram entrevistadas três gerações, cuja a organização sociofamiliar pode ser descrita como coletivista e se observa uma forte presença do patriarcado.

P, ou a avó I, esteve submetida e submissa a pressões de controle sócio-familiares: o irmão, a cunhada, a mãe da cunhada, o sogro, o marido. Ao largar o marido grávida da primeira filha e ir para a casa do irmão, cria uma situação na família deste, pois esse irmão fora responsável por ela, embora apenas dois anos mais velho. Assim, sua lealdade para com a irmã é anterior à da esposa e esta fica em um segundo plano, reagindo agressivamente à vinda da cunhada. Em uma cena de conflito, o irmão bate na cunhada a fim de se fazer impor para que esta realizasse o que ele ordenara: dar o enxovalzinho do filho de 8 meses à recém-nascida sobrinha. O ciúme da cunhada a leva a recusar, levando ao tapa. Relatado o ocorrido à mãe da cunhada, essa diz para P ir dormir com o irmão.

P assim retruca:

*Aí Dona V. [mãe da cunhada] disse [para a cunhada]: ele te bateu? Então você pega ela e manda ele dormir na cama junto com ela. Então fui lá e falei: Dona V., não precisa nada disso. Porque se eu deitar na cama com meu irmão, ele é do meu ambiente, ele é da minha mãe, do mesmo umbigo, ele vai me respeitar e eu vou respeitar meu irmão, nós somos tudo de uma barriga só.*

O útero e o umbigo comuns acolhem a fratria, a definem e impõem um interdito, uma proibição do incesto: tal pode ser o elemento estruturante da ordem matriarcal. Não é o pai, nem o falo, nem o corte, nem o medo/desejo de romper o casal parental pela posse de um dos pares, explicações essas que advêm de uma ordem patriarcal, mas o pertencer e conviver em uma mesma origem e terra – o útero materno e seu umbigo.

Na vida de sua filha, MI, a rede familiar reflete uma forte influência matriarcal, parecendo se estender a outros espaços, como a igreja, onde sua participação parece ter a mesma conotação de trabalho e participação. A sogra funcionava também como rezadeira no sentido de, devido à sua devoção como católica, conseguir que outros realizassem os seus desejos por meio de imagens da santa por ela dadas. A tônica nesses casos é o mundo partilhado, assim como a maternidade.

No relato de MI, duas vezes, em acontecimentos onde deveria ser a protagonista, é esquecida na porta: ao sair da maternidade e no casamento da filha. Em ambas ocasiões, a protagonista é a sogra. No primeiro caso, essa preparou uma primorosa cesta para carregar a menina e o marido: o pai a esquece; no segundo, na casa / buffet da sogra, esta preparou uma festa para 1000 convidados. N., muito emocionada e maravilhada pela beleza da festa, é esquecida na porta da igreja. Estes dois eventos apontam para uma rede não individualista nem individualizante, como o centro da entrevista.

*Agora que já tenho um menino, o bom seria que Deus me desse uma menina, queria ficar com um casal. E quando eu tive a M., a felicidade foi tão grande... de todos nós, né? Mas a minha sogra, por exemplo, quando eu fiquei no Hospital São Paulo, que foi onde eu tive os dois, o dia que ela foi buscar a M., eles até esqueceram de mim. Ela passou a mão num cesto, que ela era toda... minha sogra era toda cheia de... Me lembro tão bem – quando eu fecho o olho me lembro do cesto. E eu falei: 'ah, que bom que a senhora trouxe um cesto'. E ela: 'é para levá-la'. (MI)*

A tônica do relato de MI é a vida familiar, desenvolvida em torno de alguns temas: o trabalho; o matriarcado; a dor da perda; o prazer dos filhos; os problemas com a mãe. Ela dirige a entrevista para a dor da perda do filho, do marido e da irmã, dores muito diferentes no modo de atingi-la, sendo a perda do filho, há 9 anos, algo sentido como ontem, ou mesmo hoje. A memória é baseada no sentido, e traz à tona as minúcias de como as coisas se processaram, em uma revivescência, gerando

o drama que a aflige até hoje: a perda súbita, em sua presença, de seu amado filho. No entanto, essas perdas trazem, na verdade, o centro de seu relato, que é o intenso embricamento familiar em que ela ocupa um segundo plano, sendo esquecida na porta da maternidade onde foi ter o bebê.

*E o marido saiu junto. Ele já tinha registrado a M., e eu disse: 'poxa, você nem perguntou direito o nome pra mim'. Então ele foi registrar e botou o nome que a mãe dele também queria. Não que eu achasse ruim, mas não tinha... Ela dizia toda hora que ela queria ter uma M. Eu não senti, eu até agradeci. Eu falei, puxa vida. Puxa vida, eles podiam ter me consultado.*

A este esquecimento se sucede outro: é esquecida na porta da igreja por ocasião do casamento da filha.

*Tinha 1000 e poucas pessoas no casamento da M. Tinha o salão, tinha o salão embaixo, e a casa onde ela morava toda arrumada, e os fundos também, tudo coberto, tanto do salão como da casa. Quando acabou o casamento, eu fiquei na porta da igreja e meu marido também, tão emocionado, porque a paixão dele eram os filhos, né? Principalmente a M., ele tinha uma... ele saiu, ele esqueceu eu lá.*

Comenta que logo após o falecimento da sogra, o marido vem a morrer:

*Não imaginei que eles fossem tão ligados. Ela que coordenava tudo, ela que ordenava tudo, ela era o esteio de tudo. [...] Nunca me intrometi. Eu só dizia para ele: 'não entendo você, um homem casado, com filhos, e sua mãe que tem de dizer pra você 'isto daqui é A, se você sabe que é B', e você não diz nada'.*

Revela uma independência em certas áreas de decisão, e não em outras, como, por exemplo, na escolha do nome da filha, dado em homenagem à santa de devoção da avó paterna, e sem o consentimento materno, que, contudo, reconhece as virtudes do nome, mas gostaria de ter podido se manifestar. No caso, ela se submete à mulher mais poderosa, a sogra.

*No menino ela botou o nome dele [do marido da entrevistada], M. A R. Filho. Apesar que podia ter mudado: já tinha M. A., para que outro M. A? E quando a M. nasceu, foi a avó dela. Mas nasceu, botou o mesmo nome, e ela deu dinheiro para os empregados, deu vinho, deu champanhe. Tudo para cada empregado. Ganharam dinheiro. Eles gostavam do dinheiro, claro, né? Foi aquela festa!*

Enquanto ela é independente, mesmo da sogra, os homens são dependentes das mulheres. As influências parecem pular uma geração, com as netas identificadas às avós. Ao mesmo tempo, o relato carrega, por assim dizer, a família inteira: é uma família coletivista, as vidas são compartilhadas, há circulação de crianças, há

apadrinhamentos e amadrinhamentos. Os limites entre as pessoas são ultrapassados, aparentemente sem muito pejo – “peguei na extensão [do telefone, de modo a não dar privacidade]” –, uma vez que as vidas são em comum.

Já na família de FI há a presença de várias pessoas muito importantes, destacando-se a sogra que acumula a função de médica obstetra. Contrabalançando a sua negatividade interna decorrente do medo da dor, apoia-se na positividade da sogra que deseja a primeira neta, e na avó que quer a primeira bisneta. No entanto, o dar à luz, o nascimento das filhas, e mesmo a maternidade, a situam no centro de decisões e de sentimentos. Diz: “*Não existe coisa mais maravilhosa do que você, de repente, dar à luz*”.

Ao dar à luz, ela também é dada à luz como mãe, conseguindo ser efetivamente mãe. O “de repente” foi por se tratar de um inesperado: o sentimento percebido ao dar à luz. Exemplos de decisões: mãe e sogra se reúnem para decidir na casa de quem se passará o resguardo. FI decide ir para a própria casa. As duas mães designam a avó de FI, bisavó da criança, para ajudar.

“*Eu nunca segui a orientação do pediatra. Até mesmo se quisesse seguir, seria impossível. Uma contra uma dúzia. Era complicado*”. Contudo, vai achando um caminho seu. Outro exemplo: avós, bisavós etc. estavam acostumados a que os bebês permanecessem bem embrulhadinhos e com os movimentos restritos e “a atormentaram” por causa disso. Diz a respeito: “*Até acho que é de [uma] geração para [outra] geração*”. Os filhos dela foram criados mais soltos, o que causa polêmica e aflição. A 2ª filha, neta e bisneta, contudo, já encontra todos os seus cuidadores acostumados a essa “modernidade”.

Sobre não ter tido mais filhos: “*não só ele [o marido] estava motivado, mas todo mundo [família] queria*”. A bisavó cuidou das meninas (“*foi ela que criou R. [a primeira neta]*”) e tem enorme intimidade com elas até hoje, mais do que a avó. Trocam experiências, e a bisavó aconselha e tenta regular.

As trocas dentro da família se dão de inúmeras maneiras, como nos cuidados com os filhos e nos cuidados com as casas. Há circulação de pessoas e bens, o que caracteriza bem o espírito comunitário ainda atual desta família.

Semelhantemente à sua mãe, há um interessante divisor de águas: submissão ao grupo de origem e independência em relação à sua vida não relacionada a ele, inclusive marido. Eis o matriarcado em ação?

### EPISÓDIO 3: VOZES NO SABER-SE MÃE

*Período extremamente feliz na minha vida. Eu tinha certeza que era o centro do mundo, a minha barriga era o centro do mundo. Eu estava lá absolutamente protegida pela minha barriga. (M1)*

*Eu me sentia muito especial estando grávida, que eu ficava levando uma criancinha para cima e para baixo para onde eu ia. (F1)*

O sentimento da maternidade parece estabelecer uma voz interna, com a qual se pode dialogar, que “pré-enche” de dentro os vazios, colocando a mãe em uma sensação de plenitude. Contudo, elementos externos dialógicos interagem com essa voz, como perdas, rejeições, sentir-se isolada e desprotegida, a reação dos irmãos mais velhos:

*Um brutamontes deu uma trombada em mim e eu caí, e eu já estava grávida. E foi uma coisa muito forte a sensação, minha e do pai, de estar carregando alguma coisa dentro de mim que era uma coisa muito importante, e nós tínhamos o cuidado, já naquele momento, de já estar começando uma nova situação, tanto meu quanto dele. (M1)*

*Meu marido ficou muito maluco com a ideia de ter um filho, como ele ia sustentar. Essa era a preocupação principal dele. Eu fiquei feliz e fiquei pensando como educar bem um nenêzinho e como fazer espaço na minha vida para ter um nenêzinho. (F1)*

Um terceiro passa a estar incluído – nos dois casos, o pai –, seja num sentimento de compartilhamento ou de diferenciação. Esta triangulação pode estabelecer ruídos na comunicação mãe-bebê.

*E as duas gravidezes foram bem diferentes, embora as duas tenham sido cesáreas. A primeira, o médico disse que eu era primípara idosa, eu tinha 30 anos! [...] Eu queria ser mãe, sim. Eu trabalhava lá no Rio, na escolinha de Arte Brasil, e foi uma outra descoberta, o que é criança, porque eu conhecia criança lá do interior: ‘sai daí, menino!’ [imitando a voz]. Então, de repente, criança não era mais para ser tratada desse jeito, criança não era isso. E quando eu estava grávida, eu imaginava essas coisas todas, como ia brincar com ele. (M3)*

Esse terceiro, essa voz, pode vir de experiências que a mãe teve quando criança e posteriormente como adulta, revendo o ser-criança:

*Na primeira [gravidez], eu não tinha muita noção. E quando chegou em casa, foi aquele susto: o que é isto? No fundo, estava meio brincando de grávida... (F2)*

Vozes podem vir sussurradas, ouvidas apenas frente ao bebê real.

Assim, várias são as vozes evocadas ao saber-se mãe: a de cuidado, a de medo, a de responsabilidade, a do desejo de brincar e do que é ser criança, a da insuficiência derivada do saber médico, a do relacionamento com o pai, a de criar um espaço para o novo ser, a de esperança. A grávida, contudo, pode não se sentir mãe, afastando-se da criança e de si própria.

O saber-se grávida parece iniciar um processo dentro/fora, que envolve o Outro: o companheiro gesta o nenê em conjunto por assumir, sem palavras, o futuro em comum; no outro, a mãe sozinha assume, com medo. A pessoa parece se situar com quem pode contar. O 2 implica em um 3.

Agora, mesmo que em “abstrato”, há uma instância real fora. Esse “real” parece operar no sentido de dar ou não uma base segura para a mãe. Trata-se de um interlocutor que cogesta a condição maternante da mulher, representado pelo pai, pela família, pelos amigos, pelo sistema de saúde, pelo médico. A vinda da criança reescreve vozes ou falas de atores, possibilitando transições e novos posicionamentos. O “nascimento” reordena o sistema de forças em torno do casal, inaugurando um pai, uma mãe e uma sucessão familiar.

*A primeira gravidez foi um terror. Porque eu tinha certeza que eu tinha gravidez utópica. Porque eles falam, nos EEUU, sobre todas as doenças que você pode ter. Tava longe da família, longe do pai. Eu estava me sentindo insegura, vomitava o dia inteiro. Eu estava sem seguro, usando o seguro público deles. Tratam a gente que nem ... um rebanho. Tive de fazer aquele exame da nuca do bebê, para ver se tem Down, quase surtei. (F2)*

Um sistema público de saúde, impessoal e medicalizado, pode agravar a insegurança de estar longe do pai, da família e dos amigos. A desresponsabilização do sistema pode inculcar culpa na gestante, responsabilizando-a pelo que desconhece, gerando somatizações e sentimento de desamparo. A ordem médica pode estabelecer barreiras entre a mulher e o filho, problematizando a relação.

## NEO-VOZES: A EMERGÊNCIA DA NOVIDADE

*O que ninguém me contou é que o papel de mãe é diferente do papel do pai. Sobra para a mãe assumir, o pai não assume. (F2)*

Essas mulheres cresceram em ambientes igualitários em relação aos homens, aos seus maridos. Contudo, o nascimento do filho reintroduz a diferença negada por elas, ambivalente por parte deles. O pai não fornece os cuidados ao bebê como a mãe. Esta se sente prejudicada, acusando o pai de não assumir as suas responsabilidades.

*Minhas amigas brigando, até separando! Porque não estão preparadas para uma vida a três, e as responsabilidades. (F2)*

Trata-se de uma questão envolvendo todo o grupo de mulheres criadas no ideário democrático e igualizante que se encontram, a partir do nascimento dos filhos, em uma nova condição de inserção no mundo.

*Daí eu pensei: ou eu separo ou eu assumo que não vai rolar mesmo. E foi o que facilitou a minha vida. Porque deixei de ficar infeliz. Não sei se é um machismo que estou tolerando...* (F2)

Ela se vê ante o conflito de ou se separar ou aceitar a diferença. A maternidade reinstaura a diferença entre os sexos, o que pode reeditar o poder patriarcal e machista.

A entrevistada relata que, neste momento, realizou uma opção de vida que inclui a si própria e suas filhas, sua família de origem e um pai diferenciado dela como mãe. Portanto, reinstaura a diferença por sexos, abolida pelo movimento feminista, e considerada, tradicionalmente, fundante da ordem familiar. (ROUDINESCO, 2002)

Concomitantemente, há um incremento de redes de apoio mais ou menos formais, gerando um “neocoletivismo”.

*No começo da 2ª gravidez, comecei a frequentar o GAMA, Grupo de Apoio à Maternidade Ativa. Estes grupos são um tipo de terapia em grupo, vai pai e mãe. Tem um checklist para você ver se o teu médico vai fazer parto normal.* (F2)

As mulheres se organizam em grupos mais ou menos informais para trocar experiências, dar e receber apoio, na forma de uma contraorganização à medicina institucionalizada.

*Lá o que encontrei foi um grupo chamado MOTH: Mothers On The Hill. Capital Hill era o bairro onde eu morava. Então, as Mothers On The Hill eram as mulheres, as mães do bairro que criaram uma comunidade na internet em que se trocavam ideia, se organizavam encontros de bebê, se davam dicas de saúde na área. Quando nascia um nenê novo, na comunidade, as mães se revezavam para levar jantar pra nova família. Voluntário, cada um dá de si. E foi aí que eu descobri essa babá coletiva. A gente tinha era uma cooperativa de babysitting. Então tinha 15 famílias, e a gente tinha um dinheirinho falso, e a gente se dava. Eu escrevia um e-mail dizendo assim: ‘eu estou precisando de alguém para vir na minha casa na sexta de noite. Alguém pode?’. Alguém dizia: ‘posso’. Alguém vinha na minha casa e eu pagava com dinheiro falso.* (F2)

Novos modos de se comunicar levam a ajudas mútuas, a compartilhar experiências, a sair do isolamento que a nova organização societária acabou por favorecer.

*É muito solitário cuidar de filho no começo. Então a gente combinava toda semana de passar uma manhã na casa de cada uma, todas iam com os seus filhos. Eu descobri... eu estava péssima até então. Porque eu acho que mãe devia viver em comunidade, fica muito mais leve a vida em comunidade do que em casa com os filhos. (F2)*

Eis um tópico realmente interessante: o reforço da vida em comunidade, compartilhada por um grupo onde há trocas.

*Agora a gente conversa sobre como é difícil a vida de mãe moderna, porque eu fico longe da minha filha. Porque quando ela está doente, eu queria estar com ela e estou no trabalho. (F2)*

Os problemas mudam, mas não o contexto em que vivem: assim, ela alimenta esses grupos de pertencimento além da família e dos amigos.

Portanto, em um contexto altamente urbano como a cidade de São Paulo, ou em Chicago, nos Estados Unidos, mulheres se organizam para minorar o isolamento que as transformações sociourbanas-familiares acabaram por constituir. Mesmo que dentro de dinâmicas individualizantes, operam por conservar, resgatar e mesmo criar redes comunitárias de apoio mútuo.

*É esse vínculo que me impressiona. Porque a F3 morou fora muitos anos, a F1 morou fora muitos anos, a P morou fora, a M morou fora, e todas por muitos anos, e não tinha internet. E elas continuaram amicíssimas, não perderam o vínculo de jeito nenhum. É muito diferente a relação e é o mesmo tipo [de amizade das filhas], e elas se entendem entre elas. Elas se comunicam, trocam roupa de bebê, é tudo uma comunidade ali. (M3)*

Há um elo social que permanece, indicando que as pessoas procuram recriar situações que acreditam ser positivas para o bem-estar delas e de seus filhos. Segundo Tassara, Rabinovich e Goubert (2004, p. 342-343) a psicologia opera ao modo de uma arqueologia que recolhe testemunhos de valores próprios a um passado, dos quais se espera que encontrem no futuro outras maneiras de se manifestar, “e isso para tornar a vida mais humana, mais calorosa, mais ‘apegada’. [...] Sem o elo social, haveria perda das raízes, dos afetos e da identidade; e seus corolários se chamam isolamento, tédio e violência”.

Assim, essas entrevistas, em que enfocamos aqui o sentimento da maternidade, apontam para o reforço de um elo social, considerado em vias de desaparecimento nas megalópoles ocidentais por meio de estratégias tanto grupais quanto familiares, quanto pessoais.

## REFERÊNCIAS

MESURE, S. (dir.). *Comprendre 2: Le lien familial*. Paris: PUF, 2001.

ROUDINESCO, E. *La famille en désordre*. Paris: Fayard, 2002.

TASSARA, E. T. O.; RABINOVICH, E. P.; GOUBERT, J.-P. O lugar da poética nas relações pessoa-ambiente. o caso da Barra Funda: uma arqueologia de um elo social em vias de desaparecimento. In: TASSARA, E. T. O.; RABINOVICH, E. P.; GUEDES, M. do C. (ed.). *Psicologia e ambiente*. São Paulo: EDUC, 2004. p. 331-346.





## MÃES BRASILEIRAS E FILHOS NASCIDOS NA ITÁLIA: DUAS REALIDADES QUE SE ENCONTRAM

Zilma Lucia Silveira Velame  
Camila Lisboa

Esse livro se dedica ao momento de chegada ao mundo de vidas humanas. Uma ideia é por em diálogo contextos e experiências sobre o fenômeno do parto. Diferente de ocorrer sob uma perspectiva meramente biológica, a maternidade acontece de modos distintos em cada parte do mundo e para cada mulher que tem um filho – esse fenômeno contém, assim, qualquer coisa de único e é cheio de significados tanto pessoais quanto culturais.

Aqui nos dedicamos a brasileiras que tiveram seus filhos na província de Trento, Nordeste italiano, e perceberemos que a transição para a maternidade no caso dessas mulheres recebe uma grande influência do ambiente italiano e da assistência lá obtida. Daremos espaço às vozes dessas mães, que falaram de suas experiências de modo que apenas elas poderiam narrar. São vivências e pensamentos que representam as inter-relações entre ter nascido e crescido em um contexto social, e ver nascer o seu bebê em outro lugar.

### CONTEXTUALIZANDO A TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE: ESTATÍSTICAS DA PROVÍNCIA DE TRENTO - ITÁLIA

Sabe-se que o êxito da gravidez depende de aspectos pessoais e familiares, além dos fatores organizativos e operacionais dos serviços de saúde, da sua integração e acessibilidade. Como veremos, existe uma rede sólida de atendimento obstétrico e

neonatal na província de Trento, com integração entre os projetos de prevenção e promoção da saúde, cuidados primários e secundários, repercutindo na experiência de cada mulher no processo da gravidez e do parto.

A província de Trento é uma província autônoma,<sup>1</sup> onde os seus 539.898 habitantes gozam de um alto índice de qualidade de vida em geral. O território trentino é prevalentemente montanhoso, tendo uma densidade demográfica baixa, de 86,8 hab./km<sup>2</sup>.

Para compreender melhor o contexto de assistência onde as mulheres do estudo tiveram seus bebês, segue uma tabela comparativa de dados estatísticos da província de Trento. O primeiro período é de 2000 a 2005, quando ocorreram os partos das mulheres cujas histórias são contadas neste capítulo. Depois, inserimos os dados de 2016, a fim de ofertar uma perspectiva mais atual sobre esse território.

TABELA 1 – Alguns dados trentinos em dois distintos períodos de tempo<sup>2</sup>

PROVÍNCIA DE TRENTO Nordeste italiano	2000-2005 Período dos partos das mulheres entrevistadas	2016 Dez anos depois
Número de habitantes	519.000	538.223
Renda por família	22.945,5 Euros/ano	21.064,0 Euros/ano
Número de brasileiros	647 (416 mulheres)	438 (310 mulheres)
Taxa de natalidade	9,7%	8,6%
Idade média da mãe ao parto	31 anos	31,9 anos
Idade média do pai ao parto	34,5 anos	35,8 anos
Percentual geral de mães estrangeiras	18%	26%
Percentual de mães casadas	85,2%	68,1%
Número geral de partos	5.010	4.416
Percentual de parto natural	69,5%	73,3%
Percentual de partos em casa	0,4%	0,8%
Percentual de partos nos hospitais	99,5%	98,9%
4 a 7 consultas pré-natal	78,4%	76,7%
Curso pré-natal	30,6%	41%
Amamentação ao seio	96,1%	97,6%

Fonte: elaborada pelas autoras a partir de dados de Pertile, Pedron, e Piffer (2017) e Silvano e demais autores (2008).

- .....
- 1 “Província autônoma” porque tem um Estatuto à parte. Vigora a Constituição italiana, mas suas leis são adotadas por Trento de acordo com a realidade específica deste território. Isso se deve à história do lugar, que sempre foi uma via de passagem entre as realidades culturais italiana e alemã, possuindo características próprias, portanto.
  - 2 Os dados publicados pela província de Trento foram recolhidos através do Certificado de Assistência ao Parto (CEDAP), um instrumento que segue indicações do Ministério da Saúde italiano, na busca de adequação ao nível de assistência defendido pela União Europeia, com base nas indicações da Organização Mundial da Saúde.

A taxa de natalidade geral do território é muito baixa, não garantindo a renovação das gerações. Esse é um dos problemas sociodemográficos mais importantes vividos pela Itália no momento, uma vez que o índice de crescimento da população é um dos mais baixos da Europa, decorrente do alto índice de envelhecimento, do número reduzido de filhos e do alto custo de manutenção dos bebês por família. Conforme Scavone (2001), a modernidade e suas conquistas tecnológicas, sobretudo no campo da contracepção, trouxe às mulheres a possibilidade de melhor deliberarem sobre a maternidade. Agora, ser mãe seria uma escolha mais do que nunca localizada num ponto de intersecção entre o biológico, o subjetivo e o social. O aumento do número de mães estrangeiras ajudou a amenizar a situação, mas não resolveu o problema.

A idade média das mães no período estudado é 31 anos. Mães adolescentes com menos de 20 anos representam 1% da população, enquanto o número de mães acima de 40 anos vem crescendo nos últimos anos, girando em torno de 3% e 4% do total de partos realizados. A regularidade do controle médico durante a gravidez contribui na redução dos riscos para a mãe e o bebê, mesmo na ocorrência de uma gravidez com idade elevada.

Quanto à assistência oferecida às gestantes e parturientes, quase a totalidade das mulheres usa o sistema público. O número de consultas obstétricas durante os nove meses de gravidez gira em torno de 4 a 7 consultas por mulher, nos dois períodos considerados. As mulheres que fazem menos controles médicos são, em sua maioria, estrangeiras, multíparas (com mais de um filho), com baixo nível de escolaridade, além de pertencerem ao grupo de mães mais jovens quando comparadas às demais. É interessante esclarecer que a mulher grávida na Itália possui gratuidade nos serviços de saúde como um todo, incluindo a realização de exames e atendimentos hospitalares.

Das gestantes residentes na província de Trento, em 2016, 41% frequentam um curso pré-natal. A frequência nesse tipo de curso é influenciada pelo número de partos da mulher, pela cidadania e o nível de instrução – tendem a participar mais as mulheres grávidas de seus primeiros filhos, com cidadania italiana e com escolaridade mais alta.

No que se refere aos partos ocorridos na província de Trento, sabe-se que o baixo percentual de cesarianas está associado a uma maior qualidade da assistência geral e a um uso adequado dos procedimentos sanitários. As recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam para uma política de promoção do parto natural e para um sistema de garantia de monitoramento da assistência sanitária. A província de Trento tem reduzido progressivamente o número de seus partos cesáreos, adaptando-se a tais recomendações. O parto cesáreo é mais frequente em mulheres com escolaridade mais baixa, de cidadania italiana, com mais de 35 anos e que não passaram por um curso de preparação para o parto. Esse número também é 46 vezes maior entre mulheres que já fizeram uma cesariana antes.

A taxa de mortalidade infantil é considerada o melhor indicador da eficácia da assistência obstétrica-neonatal, sendo muito baixa em Trento. Os dados trentinos evidenciam a qualidade geral da assistência em saúde oferecida aos seus habitantes.

Após essas considerações gerais sobre o contexto, passaremos à segunda seção deste capítulo. Nela, entraremos em contato com a experiência particular das mulheres entrevistadas.

#### NARRATIVAS DE BRASILEIRAS E SEUS LAÇOS DIALÓGICOS: O NASCIMENTO DE UM FILHO E DE UMA MÃE

*Quando Júlia me chamou de ‘mamãe’ a primeira vez, e quando hoje sinto ser chamada mil vezes por dia, me sinto verdadeiramente mãe. (Vânia)*

Afinal, o que é ser mãe? Existem muitas respostas para tal questionamento. Rodríguez (2005) escreve que a gravidez e o parto, embora sendo aspectos universais quanto à possibilidade fisiológica do corpo feminino, nunca ocorrem como um processo meramente biológico, sendo culturalmente moldados, dando-se de diferentes maneiras em cada cultura e em cada grupo social. Além disso, é preciso considerar concepções singulares acerca da maternidade, partindo da experiência vivida por cada mulher, de suas expectativas ou mesmo de suas lembranças pessoais de como foi tornar-se mãe.

A experiência da maternidade possui significados distintos entre as pessoas, assim como para a mesma pessoa ao longo do tempo. Isso porque as atitudes maternas, e até mesmo a representação de mãe, modificam-se no decorrer da história. (BADINTER, 1985) Desse modo, a maternidade envolve mais do que instintos e comportamentos naturalizados. Sendo uma posição aprendida e representada na interação com outros sociais, ela pode ser entendida como uma constante construção e reconstrução de significados que vão se delineando de acordo com os processos de internalização e externalização, e dentro das dimensões do tempo e espaço. (VALSINER, 2007)

Os parágrafos que seguem visam explorar os significados da maternidade de mães brasileiras residentes na província de Trento (Itália), considerando as especificidades do contexto em que ela ocorreu. Para tanto, as entrevistas realizadas em 2008 oferecem um material rico de informações acerca de experiências pessoais e de aspectos contextuais que exerceram influência no vivenciar dessas experiências.<sup>3</sup>

3 As perspectivas utilizadas convergem para uma reflexão sobre como se forma a identidade de “mãe”. São adotadas referências provenientes da clínica psicológica, com foco na intersubjetividade, referências derivadas da

Foram entrevistadas três mulheres, de pseudônimos “Vânia”, “Roberta” e “Rosa”, todas elas residentes legalmente na Itália. Dentre os eixos sobre o tema “maternidade” investigados no decorrer das entrevistas, demos destaque aos seguintes: a) “Gravidez”, que compreende desde o período das expectativas quanto ao tornar-se mãe até o acompanhamento pré-natal; b) “Parto”, que remete ao momento do parto em si; e c) “O significado de ser mãe”, em que as mulheres falam da construção dessa nova identidade.

Apesar da pesquisadora residente na Itália contatar a Associação Cultural Brasileira local e o consultório familiar de Trento, a fim de obter indicações de mulheres que pudessem participar do estudo, o método que deu resultados efetivos foi falar com brasileiras já conhecidas. Essas mulheres indicavam o nome de outras brasileiras que tinham tido bebês na Itália. Ao todo foram nove as mulheres contatadas. Conforme já dito, as entrevistas selecionadas para essa análise foram aquelas relativas a mulheres cujos filhos nasceram entre 2000 e 2005.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Assim como as entrevistadas, todas as outras pessoas que fizeram parte das histórias narradas receberam pseudônimos. Um aspecto que merece destaque é que as entrevistas mesclavam termos brasileiros e italianos. A mistura de elementos linguísticos dos dois países revela uma identidade dividida entre elementos do Brasil e da Itália ao narrar a própria experiência, como se os elementos linguísticos fizessem parte da própria experiência descrita. Sendo a entrevistadora brasileira, mas residindo na Itália há alguns anos, ela buscou preservar as minúcias das entrevistas quando as traduziu em português, a fim de facilitar uma análise conjunta com o grupo de pesquisadores do Brasil. Foi feita uma sinopse para cada entrevista, ressaltando os aspectos principais das falas das mulheres e comparando-os entre si.

#### “VÂNIA”, “ROBERTA” E “ROSA”

Inicialmente, é necessário relatar um pouco da história das entrevistadas. Vânia tem 36 anos, nasceu no interior de uma cidade baiana, é católica, vive em Trento desde que casou, há cerca de 8 anos. Quando foi para a Itália, teve que fazer praticamente toda a faculdade de novo para ter seu diploma reconhecido. No momento da entrevista, trabalhava como educadora numa escola de primeiro grau e no serviço de saúde local no âmbito de cuidados paliativos. Ela possui duas filhas: uma que nasceu em 2002 e outra, em 2006.

---

*infant research*, além de pressupostos teóricos próprios da Psicologia Cultural do Desenvolvimento. Ambos enfatizam a relação da mulher com outros atores para a construção de sua identidade pessoal e social.

Roberta tem 33 anos e é católica não praticante. Nasceu numa cidade do interior de Minas Gerais, tendo se mudado para o Rio de Janeiro depois, onde passou a maior parte da sua vida e onde concluiu o primeiro grau. Assim como as outras entrevistadas, seu marido é italiano, tendo esta mulher se mudado para a Itália após o casamento. Estando na Itália, engravidou de seu primeiro filho, nascido em 2004, e, no momento da entrevista, estava grávida do segundo filho.

Rosa tem 29 anos, nasceu numa cidade do interior do Rio de Janeiro em uma família protestante. Ela estudou até a terceira série, tendo que abandonar a escola para trabalhar como faxineira e babá quando tinha 13 anos e, assim, ajudar no sustento da família. Mudou-se para a Itália há 10 anos, quando se casou com um italiano, e trabalha no “mundo dos espetáculos”, encenando peças sobre o folclore brasileiro. Na ocasião, sua primeira filha tinha 5 anos de idade. Sua segunda filha nasceu em 2002. O Quadro 1 busca sintetizar as principais informações citadas, descrevendo as mulheres entrevistadas.

QUADRO 1 – Principais descrições das mulheres entrevistadas

PSEUDÔNIMO	IDADE	ESCOLARIDADE	ESTADIA EM TRENTO	MOTIVO DA MUDANÇA	TRABALHO ATUAL	NÚMERO DE FILHOS
Vânia	36	Superior completo	8 anos	Casamento	Educadora	2 filhas
Roberta	33	Fundamental completo	6 anos	Casamento	Dona de casa	1 filho; grávida do segundo
Rosa	29	Fundamental incompleto (até a 3ª série)	10 anos	Casamento	Atua com espetáculos	2 filhas

Fonte: elaborado pelas autoras.

### *A experiência da gestação narrada pelas participantes*

Para Ammaniti (2008, p. 14-15, tradução nossa), as mulheres grávidas se fazem mil perguntas ligadas à própria formação da identidade de mãe, a exemplo de: “Serei capaz de criar o meu filho?”; “Serei uma mãe como a minha?”; “Que tipo de mãe serei?”. Nesse processo, nota-se uma forte influência dos discursos e experiências sociais (em especial, familiares) acerca da gravidez e do parto. O contato com mulheres que já tiveram filhos parece exercer uma grande influência na construção de concepções sobre o período da gestação – sobre a dor que emerge no momento do parto, sobre a rotina de cuidados com o bebê e sobre as atribuições gerais do que seria uma “boa mãe”.

Winnicott (1989) definiu o conceito de “preocupações maternas primárias” como o estado mental em que a mulher se prepara para a chegada do seu bebê. Experiências vividas por outras mulheres contribuem para a que as definições do que é a maternidade sejam formadas na vivência singular de cada nova mãe, mas também a partir de modelos sociais que são transmitidos por pessoas mais próximas e significativas (em geral, familiares).

Com base nessas possíveis influências, uma das primeiras perguntas feitas às entrevistadas foi sobre o contato anterior com a maternidade antes de elas mesmas ficarem grávidas. Assim, foi possível perceber uma relação com a experiência de cada uma no presente. Um dado interessante é que todas as mulheres do estudo fizeram alusão apenas ao período em que viviam no Brasil, remetendo a grávidas brasileiras. Vânia conta que acompanhou a gestação de três irmãs:

*Fui a última filha de minha mãe a ter um filho, e tive a sorte de acompanhar de perto as gestações de minhas irmãs. Fui eu quem foi buscar o resultado do exame de gravidez da primeira filha de minha irmã mais velha. E quando era criança, amava cuidar, principalmente dar banho e sair pra passear com os bebês de meus tios ou vizinhos. (Vânia)*

Segundo ela, essas histórias faziam com que ela se sentisse segura em relação à sua capacidade de ter um filho, apesar do medo que sentia (principalmente quanto à dor do parto). Além disso, quando soube que estava grávida, fala que não pensou mais em riscos ou preocupações; o que sentia era apenas “a alegria por ser capaz de gerar um bebê”. Esta afirmação remete a outro evento em sua vida: tendo realizado uma pesquisa sobre adoção, ficou com o receio de não poder gerar um bebê, tal qual ocorrera com as mulheres do seu estudo.

Roberta refere-se à influência de discursos que ressaltavam a dor do parto: “Oh, meu Deus, informação eu tinha [...] aquilo que dizia o povo, que era difícil, que doía muito”. Isso contribuiu para o sentimento de medo que ressalta ter tido quanto ao momento do parto:

*Expectativas? Primeiro, muito medo! Tanto! [...] Quando você escuta falar da dor, que se sofre, que é uma dor terrível... Agora, tu fica assustada um pouquinho, não? Acho que é normal que toda mulher tenha essa preocupação. (Roberta)*

Contudo, seu contato mais próximo com uma mulher grávida foi quando sua irmã estava gestante e teve um parto sem dor: “Era minha irmã menor, quer dizer, uma experiência... Você cresce vendo a experiência que tem perto de você”. É possível perceber que o “crescer junto” facilitou uma experiência com a maternidade – primeiro, a partir da experiência da irmã no Brasil, que auxiliou Roberta a se preparar e a enfrentar sua própria gravidez anos depois, num país diferente: a Itália. Roberta faz uma avaliação geral da primeira gravidez de forma positiva, apesar do

medo da dor, dizendo que foi uma gestação “boa”, “normal”, estando ela muito contente.

Rosa, por sua vez, lembra de quando sua mãe e sua irmã estavam grávidas, mas aquilo que parece ter sido mais marcante para ela em termos de representação da maternidade foi a necessidade de cuidados cotidianos com a criança, algo proveniente da sua experiência como babá no Brasil. Ela destaca as diferenças da sua primeira gestação, ocorrida no contexto brasileiro, quando ainda era adolescente, para a segunda, em que já estava na Itália.

Na primeira gravidez, Rosa fala que era muito jovem, sendo que ninguém até então havia lhe passado orientações sobre sexo e como evitar crianças (dando a entender que sua gravidez ocorreu de modo inesperado). Desse modo, ela ficou um pouco assustada com a notícia de que estava grávida. Fato diferente ocorreu na segunda gestação, em que conta ter tido explicações sobre as transformações corporais pelas quais estava passando e sobre como seria o momento do parto. Mesmo dizendo ter ficado contente com as duas gestações, Rosa destaca que as orientações que recebeu do serviço de saúde italiano foram fundamentais para que ela passasse pelo período da gestação de modo mais tranquilo e feliz:

*Uma pessoa quando sabe aquilo que vai encontrar, quando você sabe a coisa que te espera, você é mais sereno, mais tranquilo. Porque da gravidez da maior eu não era serena em nada, porque não sabia nada, não tive ninguém que me dissesse, que me explicasse como seria aquele procedimento ali, né? Como seria a sequência, como a coisa aconteceria, o que se deveria fazer. . . Era tudo uma coisa que te trazia mais medo que felicidade. Mas, depois, aqui eu aprendi que o parto poderia ser uma felicidade e não um medo; e assim a minha ideia é que o parto no Brasil é uma coisa mais dramática que feliz. (Rosa)*

Observa-se que tanto Vânia quanto Roberta revelam sentimentos de “satisfação”, “alegria” e “felicidade” quando souberam estar grávidas – ambas já residiam na Itália quando isso ocorreu. Rosa, por outro lado, destaca um sentimento de “medo” na ocasião de sua primeira gravidez, o que ela atribui à falta de informação sobre sexo, gravidez e parto – informações essas que sua família e, principalmente, o sistema educacional e de saúde brasileiro, deixaram de lhe oferecer. Já na segunda gravidez, são observados sentimentos semelhantes aos de Vânia e Roberta, sendo o período da gravidez atravessado com satisfação. Podemos conjecturar também que essa mudança de percepção de Rosa esteja ligada ao fato dela estar junto ao seu marido na ocorrência da segunda gravidez e, assim, se sentir legitimada em sua gestação – esse fato parece ter exercido uma função reparadora em sua identidade de mãe.

## ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Esta seção busca oferecer exemplos concretos para alguns dos dados estatísticos citados sobre o acompanhamento à gestante feito pelo serviço de saúde italiano. Julgamos que uma assistência adequada contribui para oferecer garantias ao bem-estar físico da mulher e de seu bebê, garantindo também um importante suporte psicológico quando se trata da oferta de informações e de apoio por parte dos profissionais de saúde em particular e da rede assistencial numa perspectiva mais ampla.

Num estudo com o objetivo de investigar os sentimentos de gestantes em relação ao período gestacional e à constituição da maternidade, Piccinini e demais autores (2008) destacaram que a maneira como a mulher vivencia as mudanças decorrentes de sua gravidez repercute intensamente na construção de sua identidade materna e na relação mãe-bebê. Sendo assim, quanto mais adequado for o suporte oferecido pela rede de saúde, maior será o sentimento de amparo vivenciado pela mulher em meio a um período intenso em mudanças tal qual a gravidez, favorecendo, desde então, a criação de relações mais positivas entre a mãe e o bebê.

Perguntada sobre como tinha sido seu acompanhamento pré-natal, Vânia fala que ficou preocupada de início com a escolha do ginecologista. Isso porque ela não possuía até então referências sobre o acompanhamento pré-natal na Itália, tendo em mente apenas o modelo brasileiro (a gravidez de suas irmãs). A escolha da profissional ocorreu a partir da indicação de uma amiga italiana que tinha tido filho um pouco antes. Com a eleição do ginecologista, a escolha do hospital veio como consequência. Vânia destaca que o acompanhamento médico na Itália foi gratuito do começo ao final da gravidez, embora não fosse possível escolher nem médico, nem obstetra para o momento do parto.<sup>4</sup> No início da gravidez, ela recebeu um livro-caderno sanitário<sup>5</sup> com dados que lhe auxiliaram no decorrer da gestação. Essas informações e o acompanhamento que teve permitiram a emergência de um sentimento de segurança em relação à gravidez. Para tanto, narra:

4 Na Itália, obstetra e ginecologista são profissões diferentes. A primeira é uma especialização da Medicina; a outra é uma profissão auxiliar à médica, chamada “paramédica”, a exemplo da Enfermagem. A parte da maternidade dos hospitais possui sempre obstetras e médicos que ficam de plantão, a fim de atender aquelas mulheres que chegam para um parto, ou ainda para atender outras situações relativas à gravidez. As gestantes são atendidas num departamento para a maternidade do hospital geral, garantindo procedimentos de urgência que assegurem tanto a saúde da mãe quanto a do bebê (UTI neonatal, setor de neonatologia, setor de ginecologia, reanimação, banco de sangue etc.).

5 O “livro-caderno sanitário” é um tipo de diário clínico onde são feitas anotações sobre todo o acompanhamento feito com a gestante. Registra-se, por exemplo, o resultado dos exames, as imagens e diagnósticos das ultrassonografias. Ele possui ainda uma parte com informações gerais, a exemplo de alimentação, períodos em que devem ser realizados os exames específicos, direitos das gestantes, locais de assistência etc.

*Como o serviço segue um protocolo e linhas-guias para o atendimento, no início da gravidez recebi um livro-caderno sanitário, onde tinha informações gerais sobre a gravidez, parto, alimentação, cuidados, prevenções, etc. E nesse mesmo livro vinham escritos, da minha médica, todos os meus exames e ultrassons. Isso me deu muita segurança e eu podia ver quanto cresciam na minha barriga. Vi muitos sites na internet também, e amava saber quanto eram grandes e o que eram já capazes de sentir e fazer. A primeira ecografia de Elen ficou exposta como uma foto até ser substituída pela sua foto verdadeira. (Vânia)*

Percebe-se que a assistência médica recebida e as informações disponíveis na internet auxiliaram essa mulher a construir uma representação positiva sobre a maternidade. Além disso, destaca-se o papel do ultrassom como importante recurso tecnológico a conferir um aspecto mais “concreto” à vida do bebê – é através dessa primeira “foto” (termo usado por Vânia) que a criança deixa de ser apenas uma imaginada, passando a ter feições próprias.

No caso de Roberta, segundo a entrevistadora, ela pareceu incrédula quando lhe foi perguntado se fizera pré-natal. Tão óbvia a resposta negativa lhe parecia, ela relata ter confiado nas recomendações médicas e em sua busca individual por informações. Ela também recebeu o mesmo livro-caderno sanitário, que relatou ter sido muito importante, em paralelo às informações que o médico transmitia (as consultas eram mensais). Além disso, ela comprou alguns livros para melhor se informar, privilegiando a opinião médica quando as informações se contradiziam. Roberta foi a única mulher do estudo que escolheu não frequentar um curso pré-parto; ao invés disso, ela narra:

*Era o médico que me informava sobre a alimentação, e depois o livro, o livro que eu li; você compra o livro, você lê sobre... Quer dizer que sozinha você pode, mas escuta um e outro. Um diz que se come isso faz mal, o outro diz que não. Vai mais pelo médico que te informa mais ou menos como tem que fazer. (Roberta)*

A partir da fala de Roberta é possível verificar um conflito entre as recomendações feitas pelo médico e aquelas provenientes de outra fonte, que ela resolveu sozinha através do *status* conferido ao discurso médico, que acabou por se sobrepor aos demais.

Rosa conta que seu acompanhamento pré-natal na Itália foi muito diferente da experiência de sua primeira gravidez. No Brasil, prevaleceu a falta de informações sobre gravidez e parto. Em sua percepção, há uma cultura diferente na Itália, caracterizada por uma sociedade que oferece assistência a qualquer mulher grávida. Nesse sentido, Rosa destaca o curso pré-parto do qual participou, curso esse que lhe permitiu trocar experiências com outras mulheres, se informar melhor sobre a gestação e se preparar para o momento do parto, e, como as outras mulheres que participaram desta pesquisa, se sentir mais “segura” em relação a ele. Além

da avaliação positiva que é feita da assistência médica, surge também a satisfação quanto a uma experiência mais “humanizada” do que aquela vivida quando Rosa esteve grávida no Brasil. Alguns aspectos da experiência vivida na Itália aparecem exemplificados aqui:

*Aqui, além do acompanhamento pré-natal, a gente tem esse curso pré-parto, que é uma coisa pra mim que no Brasil deveria ser absolutamente inserida! Absolutamente mesmo! Porque é uma coisa que informa muito, muito, muito a mãe, tá entendendo? Te dá possibilidade de ver coisas que você nunca viu na sua vida! [...] No Brasil, você fica na dúvida: ‘O que será?’, ‘O que acontece?’, ‘O que está acontecendo dentro de mim?’. Isso, aquilo ou aquilo outro, porque você não tem informação! Aqui você recebe essas informações, o que está acontecendo dentro de você! E esse acompanhamento aqui na Itália, pra mim, foi uma coisa legal, ter a possibilidade de conversar com outras mães, confrontar, né? Uma tem um problema, a outra tem outro problema, eu tenho um problema e a gente se encontra e fala uma do problema da outra. E depois, em relação aos médicos... Sempre os exames – um mês, exames; outro mês, exames, sempre controle contínuo. (Rosa)*

É possível perceber na fala de Rosa que os cursos de preparação ao parto e ao nascimento representam um suporte muito significativo à transição para a maternidade. Tanto eles quanto os cursos pós-parto estão acessíveis para as gestantes que assim o desejarem. Inicialmente, eles surgiram com o objetivo de informar as mulheres sobre a fisiologia do parto e de fornecer estratégias para suportar a dor, melhorando, desse modo, as experiências do parto em si. Com o desenvolvimento dos cursos em toda a Itália foram acrescentadas novas finalidades ligadas ao suporte social e psicológico da mulher e do casal durante a gravidez.

De acordo com dados oferecidos pelo Certificado de Assistência ao Parto (CEDAP), a participação num curso de preparação ao nascimento, quando completa, influencia favoravelmente o percurso da gravidez, do parto, além de aumentar a taxa de amamentação exclusiva. Em meio às informações oferecidas nos cursos, são abordados os tipos diferentes de partos, com uma valorização do parto natural. O parto cesáreo é apresentado como uma intervenção cirúrgica, onde o bebê sofre mais por não ser ativo no trabalho de parto. Já o parto natural é explicado em todas as suas fases quanto ao que acontece tanto com a mãe quanto com o bebê: a criança seria favorecida por ser mais ativa no processo, favorecendo sua adaptação ao mundo; no caso da mulher, ela teria uma maior consciência em relação ao momento do parto e gozaria de uma recuperação mais rápida do que aquela observada na cesariana.

Sendo assim, nota-se uma questão polêmica quando se trata de uma escolha efetiva por parte das mulheres em relação ao tipo de parto a ser realizado. Por um lado, no sistema público, existe a possibilidade de escolha no que se refere ao local do parto (em casa, na água, num centro cirúrgico), à cidade em que o parto ocorrerá,

ao acompanhante da mulher, etc. Por outro, existe uma nítida política de valorização do parto natural, estimulando as gestantes a realizá-lo.

Após essa reflexão, é válido questionar se no Brasil, bem como em outros países com altas taxas de cesarianas, existiria uma possibilidade de escolha ativa ao que se alude aqui. A opção pela cesariana estaria sendo realizada após informações consistentes transmitidas pelo sistema de saúde brasileiro acerca dos tipos de parto? Para uma considerável parte de casos, sabe-se que a resposta é “não”. Ao contrário, o que ocorre em muitas situações é o agendamento de uma cesariana muito mais por uma questão de preferência do médico do que devido a um risco para a saúde da mulher ou da criança. Isso porque o parto cesáreo ocorre num período limitado de tempo, permitindo que os médicos possam fazer uma programação muito mais precisa em relação aos demais pacientes a serem atendidos na clínica, a outros partos a serem realizados e, até mesmo, ao seu tempo livre. No caso do parto natural, ele pode durar várias horas ou mesmo dias.

#### A EXPERIÊNCIA DO PARTO NARRADA PELAS PARTICIPANTES

A experiência de dar à luz é tão marcante que, durante anos, o evento e os sentimentos experimentados durante o nascimento do bebê tendem a ser lembrados nos mínimos detalhes. Essa afirmação de Kitzinger (1987) foi observada em cada uma das entrevistas realizadas. Mesmo se referindo ao momento do parto ocorrido há vários anos, impressiona o fato de como as mulheres estudadas relataram suas experiências com grande riqueza de detalhes.

No caso das mulheres cujas narrativas compõem este capítulo, um fato interessante pôde ser observado: quando falavam do próprio parto, essas mulheres o descreviam em italiano, mesmo sendo a entrevista conduzida em português. É como se a língua e a experiência vivida estivessem intrinsecamente associadas, sendo a língua um canal possível de narrar e exprimir o que se passou. Nesse sentido, podemos observar a influência que o contexto social exerce no registro mnemônico das experiências e, conseqüentemente, na construção dos significados associados a estas.

Vânia conta que teve que induzir o parto quando estava com 37 semanas de gestação, pois sua primeira filha era muito grande (estimava-se que o peso do bebê na 40ª semana de gravidez seria de 4,5kg, sendo que a mãe pesava menos de 50kg). Ela descreve o momento após as aplicações do gel de indução como um “calvário”, pois vomitou muito e sentiu fortes dores, tendo que permanecer no hospital. Contudo, ainda não era o parto em si, mas os efeitos em seu corpo do procedimento de indução. No momento do parto, sentia-se aliviada, pois era o fim dos 3 dias em que sofreu os efeitos do gel de indução. Durante as contrações do parto, ela relata que chamou por Deus e por sua mãe, pedindo ajuda “mil vezes”.

Vânia conta que, em seu parto natural, realizou alguns dos exercícios aprendidos durante o curso. Ela relembra também que a obstetra fez massagem em suas costas, sendo que Vânia estava numa sala “pré-parto”, onde as mulheres poderiam se colocar numa posição que lhes dessem mais alívio. Ela conta que, apesar das dores e do esforço que fazia durante o parto, sentia-se confortada pelas palavras da obstetra e pela presença contínua do marido. Vânia lembra que a criança, ao nascer, era “*muito linda e muito quentinha*”, uma sensação que não esquecerá nunca mais. Segue um trecho de seu relato.

*Na sala de parto éramos eu, Luciano [marido], a obstetra, Maria, e a minha médica Paola. Me sentia ali mais relaxada e me lembro que conversei o tempo todo. Um dos medos que eu tinha era de, no momento do parto, não conseguir falar italiano e que ninguém poderia me entender falando português. A médica me contava da outra senhora que tinha acabado de parir, que tinha lhe dado um pontapé e que ela tava com o braço doendo... Sentada, quando chegava as contrações, ela me ajudava a fazer força para expulsar e, assim, a cada contração de expulsão ela escutava o coração do bebê, e me dizia a que ponto era, tipo: ‘com a próxima poderemos ver o cabelo. De que cor você acha que será?’, e várias outras perguntas. Me sentia tranquila, em um clima relaxado, as contrações eram fortes e eu fazia muita força, mas sentia que estava perto. Depois fui pra cama, me colocaram soro e, depois de quatro contrações, Elen nasceu. (Vânia)*

Percebe-se que, apesar das fortes dores que Vânia afirmou sentir e dos medos relativos ao momento do parto, a presença do marido, da médica e da obstetra oferecia conforto. A assistência prestada pelas profissionais de saúde neste momento extrapolou os cuidados com a saúde física da mulher e da criança, oferecendo também um valioso suporte emocional.

No caso de Roberta, ela conta que sentiu umas cólicas parecidas com de menstruação. As cólicas foram aumentando, até que ela procurou o hospital. Lá, disseram que já havia dilatação, mas que não era ainda suficiente para o nascimento da criança, mandando Roberta de volta para casa. Quando a dor voltou a aumentar, Roberta foi novamente para o hospital, já sendo recebida pela obstetra e visitada pelo médico. Roberta fala que a obstetra foi muito boa e gentil. Relata que o parto foi até “engraçado”:

*A obstetra foi muito boa comigo, muito gentil, porque era engraçado [risos]... Então eu, no fim, gritava metade em italiano e metade em português, e a moça não entendia nada! [risos] Ela perguntava a Carlos [marido]: ‘Mas o que é que ela disse?’. E Carlos respondia: ‘Sei lá, nem eu tô entendendo’.*

O parto foi natural, sendo que a criança nasceu envolvida na placenta – na Itália, sinal de pessoa sortuda. Roberta diz ainda que, depois da mãe ver o bebê, os profissionais que estão acompanhando o parto seguem com o chamado “*assencondamento*”

*del parto*”, que é quando dão pontos, limpam e controlam as condições da mãe, levando o bebê para ser atendido pelo pediatra neonatal. Roberta completa seu relato com as sensações que lhe vieram à mente quando trouxeram o bebê para que ela a visse de novo:

*Me trouxeram ele na sala anteparto [uma sala onde normalmente as mulheres ficam durante o trabalho de parto]... eu ainda tava lá porque esperava que arrumassem o meu quarto e me trouxeram ele... Eu tava acabada, me trouxeram e o colocaram juntinho de mim, me lembro que essa sensação era belíssima, quero dizer, aquela coisinha pequenininha ao meu lado, e me vieram mil perguntas... ‘Agora não está mais sozinha, o casal não é só em dois, mas agora em três’.* (Roberta)

Partindo para o caso de Rosa, ela compara suas duas experiências de parto: a primeira, ocorrida no Brasil, foi como se ela estivesse “*num açougueiro*”; a segunda, na Itália, aconteceu com Rosa se sentindo “*segura*” e “*muito mais madura*”. No parto ocorrido no Brasil, ela destaca que não teve nenhum tipo de preparação, então não sabia que exercícios poderia fazer para amenizar sua dor e quais procedimentos ocorreriam naquele momento, aspectos que lhe foram informados durante o curso pré-parto que frequentou na Itália. Algumas de suas sensações aparecem na fala a seguir:

*Aí começaram a vir as contrações fortes, fortes, fortes, e me levaram pra sala de parto. Então isso me faz pensar que tem um pouco de falta de consideração dessa parte no Brasil pras mulheres que devem parir. Por que eu devo estar ali, naquela posição, assim, quase morta de... Por que é que você tem que ficar ali à mostra por tanto tempo, com alguém que tá sentado ali na tua frente, tu com as pernas pra cima e ele que..., esperando que chegue a dor pra fazer nascer o teu filho? É terrível, sabe? É terrível, porque a pessoa com a experiência que eu vim do Brasil, e depois cheguei aqui, eu fiquei já... Foi terrível, mas no parto da Júlia [segunda filha, que nasceu na Itália] foi maravilhoso, não esperava que fosse, assim, tão rápida a coisa, tá entendendo? Logo depois... Com o nenê, me deram o nenê no braço, tudo... Ao invés, ali [no Brasil], não. Levaram pra lá, lavaram, depois passou... Não me deram a criança logo no Brasil. Já aqui, me deram na mesma hora que nasceu, me deram logo a menina, limpam ali no momento, logo, logo.* (Rosa)

No primeiro parto, ela ressalta o constrangimento que sentiu ao ter que ficar muito tempo na sala de parto com as pernas abertas e o médico na frente dela, esperando pelo nascimento da criança; ela não sabia quanto tempo o procedimento iria durar e se sentia muito desconfortável pela situação. Na Itália, levaram ela com antecedência para ver a sala de parto, perguntaram como ela queria que acontecesse o parto (na água ou na sala de parto, tendo Rosa escolhido a segunda opção). Como o saco amniótico se rompeu e Rosa não sentia contrações depois de 24 horas, foi injetada uma substância para induzir o parto e, com apenas 15 minutos na sala de parto, sua filha nasceu.

Um aspecto destacado tanto por Rosa quanto por Vânia e Roberta foi o fato de que, na Itália, puseram logo o bebê perto delas para que pudessem vê-lo e tocá-lo. O contato com o filho após o nascimento é um fator que parece estar associado a uma vivência mais positiva sobre o parto. (LOPES et al., 2004) Além disso, Berlanda (2007) destaca que uma vez minimizadas as condições que separam a mulher da criança nos primeiros momentos após o parto, é favorecido o envolvimento afetivo (apego) entre ambos.

É possível notar uma avaliação positiva feita pelas mulheres em relação à assistência recebida durante o parto na Itália. Uma delas compara a experiência com a vivida no Brasil, vista como traumática. Sensações de amparo aparecem num parto no qual os profissionais são avaliados como bons e gentis. Sendo esse um estudo qualitativo, não é adequado generalizar as opiniões emitidas pelas histórias das mulheres entrevistadas, repletas de particularidades. Ainda assim, existem muitos elementos que instigam uma reflexão sobre o modelo assistencial brasileiro e a cultura subjacente a ele (como é o caso da existência de altos índices de cesarianas). Vale destacar que o parto humanizado também é uma realidade no Brasil, porém ele é restrito a algumas unidades de saúde públicas ou a maternidades privadas – acessíveis a mulheres que pagam pela assistência humanizada, não coberta pelos planos de saúde.<sup>6</sup>

## O SIGNIFICADO DE SER MÃE

No decorrer de toda a análise feita até aqui, vários significados sobre a maternidade foram sendo descritos. Serão relatadas abaixo algumas outras falas, que descrevem mais explicitamente o que significa ser mãe para as mulheres entrevistadas.

Em se tratando de Vânia, no período do pós-parto e dos primeiros cuidados com o bebê estão muito presentes as vozes de seus pais, relacionadas às crenças acerca do que é ser um pai/uma mãe. Ela adota essas crenças e as toma como referências no seu modo de compreender e simbolizar a maternidade. Segue a descrição feita por Vânia do que é ser mãe.

*Penso que ser mãe é ser tudo pra uma outra pessoa, principalmente no início. Senti que tinha que viver não mais pra mim e minha vida, mas pra possibilitar a Elen de crescer bem e ser feliz. Eu escolhi ser uma mãe daquelas sempre disponível pro seu bebê. As noites em que acordam fico com elas até dormirem, não faço histórias quando querem dormir comigo. Minha mãe foi e é assim, sempre tive a sensação de estar em primeiro lugar... Me lembro das noites em que ia pra sua cama, dos pedidos de água no meio da noite... Minha mãe nunca se*

6 Movimentos a favor da humanização do parto têm se intensificado na última década (ver Franco, neste volume).

*lamentou disso, ou me deu castigo, ou me disse não, e assim sou com minhas filhas. Meu pai também sempre nos disse: 'quando nasceu nossa primeira filha, eu disse pra Aninha [mãe de Vânia]: de agora em diante, a vida pra gente mudou, são eles que estarão em primeiro lugar, viveremos em função deles'. Pode parecer exagerado, mas pra mim é um termômetro. Procuo primeiro de tudo responder às necessidades delas e depois às minhas e às de Luciano. (Vânia)*

Em relação a isso, Souza e Ferreira (2005) referem-se à maternidade como um momento em que a mulher refaz suas próprias representações sobre o que é ser mãe, bem como revive suas próprias experiências de filha, redefinindo seus valores, sua estima e sua identidade. Tais representações constituiriam, durante a gestação, uma imagem idealizada sobre o que é ser mãe e o que é ter um filho, e, após o parto, passariam a fazer parte de uma realidade concreta.

Roberta, por sua vez, destaca a diferença que sentiu entre a primeira e a segunda gestação, quanto ao significado de ser mãe. Diz que foi “*um pouquinho mais feliz*” da primeira vez, pois ser mãe era ainda uma novidade para ela. Havia muita ansiedade para que a criança nascesse, imaginando as características que o bebê teria. Estando grávida de seu segundo filho, ela fala que se sente muito mais “*consciente*”, no sentido de que a ansiedade ainda existe, mas é muito menor do que foi quando ela esperava a primeira criança. Os significados que aparecem mais diretamente ligados à maternidade descrevem uma preocupação com a criação dos filhos. Para tanto, diz:

*Esse aqui [refere-se ao segundo filho] sim: mãe, mais tranquila, nada de, como posso dizer, nada de particular. A única coisa é a ansiedade de não cometer os mesmos erros como com o primeiro, tentar ser mais flexível, mais paciente, mais tudo, um pouquinho mais tudo com o segundo, mais normal! (Roberta)*

Rosa também ressalta que ser mãe é ter responsabilidade em relação ao filho, que é um ser dependente. Além disso, ser mãe também implica em “*criar o filho para o mundo*”, não para ela mesma, ou seja, uma mãe deve ser também uma orientadora, uma educadora. Pode-se observar uma associação entre esses significados e a vida mesma de Rosa, pois ela ressalta que sua mãe não lhe explicou “*o que é o mundo*”, sendo necessário que Rosa aprendesse tudo sozinha. Eis um trecho de sua narrativa a ilustrar o que, para ela, é ser mãe.

*Ser mãe é isso, é o sentido da responsabilidade em relação às pessoas que dependem de você, tá entendendo? Ser mãe também é direcionar uma pessoa em relação ao mundo, porque também você não pode criar filho pra você, a gente não cria filho pra gente, a gente cria filho pro mundo... E procurar, né, procurar mostrar o mais possível do mundo, pra que quando eles saírem fora pro mundo, não se assustarem, não ficarem perdidos, e qualquer coisa que acontecer, não ficarem perdidos sem ação, sem... Porque comigo aconteceu isso. Eu fui criada, mas eu não fui criada pro mundo. Minha mãe me criou, me fez crescer, mas ela não*

*me explicou o que é o mundo, não me mostrou nada do mundo, e tudo que eu aprendi, eu aprendi sozinha, batendo a cabeça, tá entendendo? Isso, pra mim, ser mãe é ter a responsabilidade de direcionar a vida de uma pessoa e fazer ela conhecer o máximo possível do mundo, o máximo possível pra não ficar ali 'abestalhado' na frente de um problema. (Rosa)*

Entre as entrevistas das três mulheres, percebe-se a existência de uma preocupação com o cuidado da criança. Esse cuidado passa pelo zelo cotidiano de “*cuidar das roupinhas*” – a exemplo de uma fala de Roberta –, de amamentar e zelar pela segurança da criança, mas não apenas... Existe também uma preocupação em transmitir valores morais aos filhos. Nas situações relatadas, a mãe ocupa um dos lugares principais de responsabilidade em relação à criança – uma atribuição social e um significado que as próprias mulheres conferem quanto ao que é ser mãe.

Além disso, podemos considerar a maternidade como uma das fases do desenvolvimento da mulher, quando se constrói uma nova identidade. Esse nascimento de uma nova identidade é marcado por um complexo jogo de emoções, oscilando muitas vezes entre o desânimo e a euforia, assim como é possível constatar na fala de Vânia.

*Ali eu senti que o que aconteceria comigo estava daquele momento em diante sempre associado com a ideia de ser mãe. Uma sensação estranha, pois parece que não tinha mais espaço pra mim como pessoa, e ao mesmo tempo uma vontade, uma atenção sempre ao nenê, não ia nem no banheiro se tivesse que deixá-la sozinha. (Vânia)*

Em relação ao nascimento de uma nova identidade de mãe, é importante refletir sobre o fato das mulheres serem responsabilizadas em primeiro plano pelos cuidados com o bebê. O que se percebe aí é a existência de um papel social, com expectativas que lhes são próprias – de modo diferente do que se pensa, ser mãe não é apenas para uma criança, mas para os olhos de todo o mundo. Para as mulheres do estudo, muitos dos significados da maternidade nasceram no Brasil, mesclando-se aos significados da experiência na Itália.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O momento do parto, especialmente quando se trata do primeiro filho, representa um dos eventos centrais na vida de uma pessoa. Ele é um episódio de grande impacto psicológico na vida de homens e mulheres, não podendo ser reduzido a um fenômeno meramente reprodutivo ou biológico. No caso particular da mulher, as memórias sobre o parto permanecem vivas durante muito tempo, influenciando a representação que possuem sobre o que é tornar-se mãe.

Essas memórias, quando narradas, auxiliam numa avaliação mais profunda da experiência da maternidade como um todo e de como cada mulher a vivencia.

Existem muitos significados partilhados entre as mulheres, mas há também aqueles constitutivos de cada experiência. Embora a lembrança continue intensa, parece prevalecer a sensação de que nem tudo pode ser traduzido apenas em palavras.

Do ponto de vista das políticas públicas, as experiências narradas revelam que o modelo de parto presente na província de Trento ainda é o modelo médico, embora em processo de humanização. Já no início dos anos 2000, é possível notar a presença de indicadores de humanização no relato das nossas entrevistadas, tais como: a promoção de cursos pré-natal, a adoção da premissa de “desmedicalização do parto” no incentivo ao parto natural, o não uso de anestésias, o estímulo ao contato entre mãe e bebê logo após o parto e a presença do pai durante todo o trabalho de parto. Todas essas práticas, entretanto, ocorrem dentro do contexto hospitalar em grande parte, recebendo ainda grande influência da cultura médica.

Em muitos casos, as mulheres precisam se adaptar a esse tipo de cultura. Um exemplo é o que ocorreu nos relatos das mães entrevistadas neste capítulo. Nos partos relatados por elas, não lhes foram ofertadas “escolhas” propriamente, sendo que elas precisaram se adaptar ao que lhes era sugerido pelo sistema de assistência formal das instituições de saúde que as acolheram.

Em nenhum dos casos estudados houve a opção do parto em casa, por exemplo. Ao analisarmos o caso de Vânia, é possível perceber que a indução do seu parto foi uma indicação do parecer médico – mesmo não conhecendo essa técnica, ela se colocou nas mãos dos médicos, como se eles “soubessem” mais do que ela o que deveria ser feito.

Mesmo quando existem opções pela adoção de práticas humanizadas de parto, como o parto em casa, muitas vezes elas não são escolhidas pelas mulheres. Uma das hipóteses é que as mulheres preferem a “segurança” do ambiente médico, sendo ele também recomendado por vários profissionais. No momento, existe um movimento na assistência sanitária de Trento para expandir o atendimento do *Punto Nascita* (atendimento no local onde o bebê nasce, normalmente dentro do hospital) ao *Percorso Nascita* (acompanhamento da mulher e do bebê durante um período maior).

De fato, o *Percorso Nascita*, introduzido em 2016 – depois das experiências de parto das nossas entrevistadas –, é um conjunto de medidas adotadas para promover a saúde da mulher e da criança através da assistência de saúde ofertada na gravidez, durante o parto, na amamentação e no puerpério. No caso de uma gravidez onde não há riscos, os atendimentos ocorrem nos territórios de moradia das mulheres, fora do ambiente hospitalar. Esse tipo de método busca garantir maior protagonismo e autonomia da mulher, incentivando também uma maior participação tanto da mãe quanto do pai nas escolhas que envolvem a gravidez, o parto e os cuidados com o bebê. Vale destacar que esse tipo de atendimento é público,

totalmente gratuito. Nesse aspecto, Trento se destaca do restante da Itália pela alta qualidade dos serviços de saúde.

O estudo relatado neste capítulo, mesmo sendo de pequeno porte, evidencia a importância de um trabalho integrado, envolvendo políticas públicas, sensibilização e informação à população, e formação dos funcionários da saúde em termos de humanização do parto. Todas essas esferas são fundamentais para garantir qualidade, segurança e assistência apropriada à mulher e à criança, visando à criação de contextos facilitadores de diálogo entre o subjetivo e o social, na constituição da maternidade.

## REFERÊNCIAS

- AMMANITI, M. *Pensare per due: nella mente delle madri*. Roma: Laterza, 2008.
- BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BERLANDA, M. *Maternità e cultura: gli aspetti della gravidanza e del parto legati alle caratteristiche culturali e alle condizioni socio-ambientali*. Provincia Autonoma di Trento: Punto Omega, 2007.
- KITZINGER, S. *A experiência de dar a luz*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- LOPES, R. de C. P. et al. Expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2004.
- PERTILE, R.; PEDRON, M.; PIFFER, S. *Rapporto annuale sulla natalità' (Assistenza in gravidanza, al parto ed al neonato) in Provincia di Trento*. Trento: Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, 2017.
- PICCININI, C. A. et al. Gestação e constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.
- RODRÍGUEZ, M. I. B. Aproximación a la antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana*, Madrid, n. 42, jul./agosto. 2005.
- SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 47-60, 2001.
- SILVANO, P. et al. *Relatorio: Il neonato trentino quinta edizione: l'assistenza ostetrico-neonatale in trentino nel periodo 2000-2005*. Trento: Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, 2008.
- SOUZA, D. B. L. de; FERREIRA, M. C. Auto-estima pessoal e coletiva em mães e não-mães. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 19-25, jan./abr. 2005.
- VALSINER, J. *Culture in Minds and Societies*. New Delhi: Sage, 2007.
- WINNICOTT, D. W. *Sulla natura umana*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1989.



# 9

## SER MÃE E MIGRANTE: AS VÁRIAS FACES DA MATERNIDADE EM CONTEXTO ESTRANGEIRO

Roberta Takei

A migração é um fenômeno antigo, mas que nos últimos anos vem assumindo novas facetas, especialmente em função das questões ligadas à globalização, ao avanço tecnológico e à consequente fluidez das fronteiras geográficas. Ainda assim, esse é um fenômeno que desperta interesse não só pelas consequências sociais, mas também pelo impacto psicológico que causa na vida do indivíduo, provocando um modo particular de reorganização do *self*. Tornar-se mãe é algo que modifica radicalmente a vida da mulher, em praticamente todas as dimensões do *self*. Ou seja, quando uma mulher engravida e experiencia a transição para a maternidade, ela invariavelmente se move de um ponto para outro no tempo e no espaço, em uma trajetória sem volta. Isto envolve não apenas os aspectos objetivos e práticos que a maternidade implica, mas também mudanças no plano da própria identidade.

Deste modo, fazer um paralelo entre a transição para a maternidade e a migração propriamente dita parece ser uma analogia adequada ao considerar a ampliação do conceito de migração para além de sua descrição geográfica e considerá-lo enquanto “mover-se de um lugar para o outro”. Neste sentido, a migração é explorada como uma metáfora contemporânea de movimento e deslocamento, e de cruzamento de bordas e fronteiras. (AHMED, 1999)

Valsiner (2007) também traz essa ideia ao dizer que o processo de desenvolvimento humano é sempre uma migração, já que o movimento é o estado natural do ser humano, movimento esse rumo à incerteza perante o futuro. Este “*self*

migrante” é movido pelo mecanismo de negociação de ambivalências, onde se busca significados que orientem e promovam uma aparente estabilidade à experiência.

Este artigo analisa a experiência de mulheres brasileiras que tiveram seus filhos em um contexto de migração nos Estados Unidos, abordando estas duas experiências migratórias (a mudança de país e a transição para a maternidade) enquanto circunstâncias que promovem uma compreensão do próprio desenvolvimento humano. Esta perspectiva busca, assim como expressa König (2009), observar o diálogo que parece emergir quando um indivíduo em migração pode observar o seu comportamento cultural em um novo contexto, da perspectiva de uma posição diferente, um pouco distante, uma espécie de metaposição em que o indivíduo pode ter uma visão global de si mesmo. Esta experiência, em um sentido mais amplo (que não se restringe só ao contexto migratório), é semelhante ao que Valsiner (2001, 2007) denomina de “distanciamento psicológico”.

Nos últimos anos, as fronteiras geográficas foram realmente se tornando mais tênues, com o advento de tecnologias que permitem a transmissão de informações (e por que não dizer, de significados) a quilômetros de distância em poucos segundos. Com isso discute-se o fenômeno da transmissão cultural a partir de novas óticas, ampliadas para além dos limites das fronteiras geográficas. Alguns questionamentos surgem a partir destas mudanças. Diante de tantas informações o que torna alguém parte de uma determinada cultura? É possível, hoje em dia, falar, por exemplo, de uma cultura genuinamente brasileira? Ou genuinamente americana?

Esta questão da cultura enquanto um grupo de pessoas reunidas com características partilhadas parece problemática, como enfatiza Valsiner (2007, p. 21, tradução nossa): “Em nossa conversação cotidiana, naturalmente, o uso de rótulos gerais, como a ‘cultura de tal país’, fornece aos falantes alguma economia cognitiva, embora a utilidade analítica de tais rótulos seja legitimamente questionada”. Aqui serão abordados aspectos de diferentes contextos, mas o conceito de cultura será coincidente com os diferentes processos pelos quais as pessoas se relacionam com seus mundos.

Questões como essas muitas vezes exigem essa posição de distanciamento psicológico, ou seja, olhar a si mesmo a partir do outro, do diferente, a fim de conseguir uma visão mais ampliada da própria experiência. Neste sentido, estudar contextos migratórios pode ser uma ferramenta bastante útil para alcançar esse afastamento, já que o migrante se encontra diante de uma fronteira bastante concreta entre o “seu mundo” e o “mundo do outro”, ou seja, entre a cultura pessoal e coletiva.

## A IMIGRAÇÃO E A CONSTITUIÇÃO DO *SELF*

O processo de imigração é algo que desperta uma vasta gama de sentimentos e emoções. De acordo com Grinberg e Grinberg (1989), o imigrante luta com a coexistência de sentimentos de tristeza, culpa e ansiedade em lidar com diferentes contextos culturais. Mais do que isso, alguns autores apontam para uma reorganização significativa do *self* no processo de migração. (ALI; SONN, 2010; BHATIA; RAM, 2001; HALL, 2000; HALLE; ABREU, 2010; KADIANAKI, 2010; KONIG, 2009)

Valsiner (2007) também problematiza essa questão da migração ao tratar do senso de “pertencimento a determinada sociedade”, ao dizer que, no caso particular do migrante, este pode “pertencer” a diferentes sociedades ao mesmo tempo. Nas palavras do autor (2007, p. 9, tradução nossa): “Do nosso próprio ângulo, centrado em nossas pessoas, a história de ‘pertencer’ vira-se pelo avesso: são as diferentes ‘sociedades’ que ‘pertencem’ à pessoa que construtivamente migra através de sua própria vida”.

Assumindo-se a natureza relacional e negociada da identidade, percebe-se que, no caso específico da migração, esta negociação emerge a partir de ambivalências, entre um senso de identidade e exclusão. Como conclui Kadianaki (2010), o desenvolvimento da identidade dos imigrantes transita entre a dinâmica das comunidades de origem e de residência, ambas presentes neste jogo, uma de forma física e outra imaginativa. E esses conflitos podem se agravar no caso da mulher, principalmente aquela que se torna mãe.

## MATERNIDADE E IMIGRAÇÃO

O processo de se tornar mãe em uma terra estrangeira apresenta desafios específicos na formação da identidade materna. O reajustamento a uma nova cultura não é, de forma alguma, uma coisa simples; é um longo processo de adaptação que atinge de maneira diferente cada membro da família a depender do período do ciclo de vida em que cada um se encontra. A influência bidirecional da própria transformação da mãe e do seu sistema familiar tem impactos significativos no desenvolvimento da criança. (TUMMALA-NARRA, 2004)

Os recursos que normalmente ajudam os pais a lidar com demandas emocionais, que podem ser potencializadas pela situação do nascimento da criança, podem estar inacessíveis na circunstância da migração. (FRAKTMAN, 1998) Além disso, normalmente à mulher cabe o papel de transmitir as tradições culturais aos seus filhos. Tumalla-Narra (2004) destaca que à mulher imigrante usualmente ainda cabe a função de criar os filhos, ajustando-o às duas culturas, a de sua origem e a de onde eles vivem.

Essa mesma autora ainda destaca alguns outros desafios enfrentados pela mãe imigrante. Por exemplo, em função de questões de gênero e raça, as mulheres negras (e migrantes) muitas vezes são menos valorizadas na sociedade norte-americana e acabam tornando-se alvo de preconceitos e enfrentam dificuldade de ascensão profissional, o que faz com que a inserção cultural se torne ainda mais difícil, já que o trabalho é comprovadamente um aspecto organizador da vida das pessoas.

No entanto, um dos aspectos mais delicados no processo de imigração é o da perda do idioma de origem e a necessidade de se adaptar a uma nova linguagem e a um novo modo de expressar emoções. Normalmente cabe às mães ensinar aos filhos o novo idioma, mas também manter uma ligação com sua língua materna. A língua materna constitui-se num elemento básico de definição da identidade cultural. Sigad e Eisikovits (2009) encontraram, em seu estudo sobre mulheres americanas que migram para Israel, o recurso da preservação da língua inglesa por parte destas mulheres, ensinando-as aos filhos e praticando com eles em casa, como forma de manter o vínculo com a América.

No estudo feito por Straus, McEwen e Hussein (2007) com mulheres somalis residentes no Reino Unido, foram encontradas algumas evidências sobre as dificuldades que as barreiras culturais impõem, principalmente no que se refere à comunicação. A comunicação, neste caso, não se restringe apenas às diferenças de idioma – já que algumas mulheres, neste caso, conseguiam se comunicar em inglês –, mas principalmente ao diferente estilo de interação com os médicos, percebidos como emocionalmente distantes, e às diferenças na oralidade, o que dificultava o entendimento na hora das consultas e a expressão das emoções.

A separação da família, principalmente da própria mãe, também é algo que pode influenciar na formação da identidade materna da mulher imigrante. Tornar-se mãe implica no ressurgimento de memórias e de associações com as próprias figuras parentais, seus valores e tradições, o que pode ser mais intensificado quando essa experiência ocorre em outro país. Muitas vezes, quando os filhos nascem, as mães tentam retomar esta conexão com sua cultura de origem expondo-os a grupos e práticas semelhantes aos que elas tinham em sua terra natal. Esta prática pode funcionar como uma maneira de lidar adaptativamente com as perdas inerentes à imigração, mas, por outro lado, pode acabar também dificultando a adaptação ao novo contexto cultural. (TUMMALA-NARRA, 2004)

Com relação às questões relativas à gravidez, parto e maternidade, as diferenças também parecem ser um desafio. Os resultados encontrados por Straus, McEwen e Hussein (2007) mostraram que o tipo de atendimento com diversos profissionais envolvidos durante o pré-natal também era algo que causava estranheza para as mulheres somalis no Reino Unido, já que não se criava uma relação de familiaridade e confiança neste processo. Também incomodavam essas mulheres os

estereótipos que os profissionais de saúde criavam sobre elas, em função de serem imigrantes.

Falando especificamente das mulheres que imigram para os EUA, Fraktman (1998) comprova que muitas vezes são atribuídos rótulos às mães imigrantes de terem “pouco conhecimento”, requerendo uma atenção especial do sistema de saúde americano. Muitos imigrantes, e ainda as novas gerações de mães nos Estados Unidos, enfrentam o desafio de criar seus filhos e manter o sentido da interdependência da mãe e do sistema familiar, em uma sociedade que valoriza independência. (TUMMALA-NARRA, 2004) Alguns estudos buscam analisar alternativas que estas mulheres usam para se adaptarem ao novo contexto, e uma delas é, sem dúvida, a rede social. Ryan (2007) destaca que, nos últimos 20 anos, houve um crescimento no interesse pelo relevante papel que as redes sociais exercem no processo de adaptação de imigrantes. Com relação às mulheres migrantes, especificamente, este mesmo estudo confirma que o fato de ter filhos dá acesso a novas redes locais, possibilitando o fortalecimento de laços com vizinhos e outras pessoas próximas. Nas mulheres migrantes, esta situação torna-se forte principalmente em função da distância da rede familiar.

O caso da imigração de brasileiros para os EUA parece ter algumas particularidades, que já começam a ser discutidas por alguns pesquisadores. Zubarán (2008) aponta o grande crescimento de imigrantes brasileiros nos EUA naquela década e a dificuldade, segundo alguns autores, em quantificar essa taxa, muito em função dos imigrantes ilegais, mas também da dificuldade de classificar o brasileiro dentro dos critérios preestabelecidos de latinos ou hispânicos. De acordo com esse autor, o brasileiro costuma rejeitar estes rótulos, bem como aspectos raciais, e denominar-se apenas enquanto brasileiro.

Imigrantes brasileiros constroem os laços de identidade com base em uma nacionalidade comum. Os imigrantes brasileiros, em sua maioria, não foram naturalizados como cidadãos dos EUA, e muitos imigrantes de segunda geração, que foram naturalizados, continuaram expressando um forte sentimento de apego ao Brasil, o que já pode ser observado nas entrevistas aqui realizadas. Independentemente do contexto, a migração parece ser um vasto campo de estudo para compreender a dinâmica do *self* diante de diferentes imperativos socioculturais, e especialmente a transição para a maternidade a partir dessa perspectiva.

## O ESTUDO

Para o presente estudo são considerados seis casos de mulheres brasileiras que tiveram filhos nos EUA – continuando ou não a residir nesse país. As entrevistas foram realizadas face a face ou via Skype, com áudio e vídeo, estruturadas como

conversação, baseadas em um temário previamente elaborado, tratando questões em torno do parto e da transição para a maternidade. Todas as entrevistas foram gravadas – com autorização prévia dos participantes – e transcritas na íntegra.

Para a análise dos dados foram levadas em conta algumas características gerais, como: a situação de migração, a familiaridade com os recursos da cultura no que concerne às informações e práticas relativas à gravidez e ao parto, e a aproximação ou distanciamento com os valores da cultura local.

## A EXPERIÊNCIA DA GRAVIDEZ, DO PARTO E DO PUERPÉRIO LONGE DE CASA

Nesta seção, são apresentados os casos estudados. Além de relatar os principais eventos que caracterizam a história migratória de cada participante, são destacados os aspectos que marcam a experiência da gravidez e do parto no contexto estadunidense.

### *Sílvia: múltiplas transições e isolamento*

A situação migratória de Sílvia parece um pouco “atropelada” e inesperada, pois ela foi passar férias nos EUA, conheceu o ex-marido lá, resolveu se mudar, casou-se e teve filhos, tudo isso num intervalo de poucos meses. Este pequeno intervalo de tempo entre a migração e a gravidez dificultou sua experiência de maternidade, já que ela teve que enfrentar quase que concomitantemente duas transições importantes. Conta que suas principais barreiras, a princípio, foram o idioma, que ela não dominava, e o fato do marido ter uma religião diferente da sua – ele era judeu e ela era católica.

Sua gravidez não foi esperada e ela conta que, como não tinha plano de saúde, entrou num programa da universidade para fazer o pré-natal e o parto. Esse período, segundo Sílvia, foi marcado por uma grande insegurança pois, além de não compreender bem o que os profissionais de saúde diziam, também não conseguia estabelecer uma relação de confiança com eles. O fato de estar nesse programa da universidade fazia com que ela se sentisse uma cobaia.

Seu parto também foi bastante sofrido. Conta que ficou em trabalho de parto por 28 horas, tempo esse em que os médicos tentaram os mais diversos procedimentos de indução para que ela tivesse parto normal. Acabou tendo que fazer uma cesariana; conta ainda que ela e seu filho ficaram bastante debilitados.

A rede social de Sílvia foi bastante restrita, pois não tinha sua família por perto, não pôde contar com a família do marido e nem mesmo com este, devido a sua “personalidade fria” (segundo ela, “bem característica do americano”). Também não formou muitos vínculos com pessoas nos EUA e normalmente se via sozinha

com os filhos nas mais diversas situações que teve que enfrentar. Essa solidão parece ser tão extrema que, quando lhe pergunto quem lhe deu suporte ao longo daquele período, ela diz que foi uma cadela que tinha em casa, sua maior companheira.

Logo após o nascimento do filho, passou por algumas situações de conflito por estranhar alguns hábitos americanos de cuidados do bebê, caracterizados pela sua extrema praticidade, segundo ela. Costumava sempre resistir a essas normas culturais, adaptando-as a seus próprios valores.

A experiência de Sílvia pode ser caracterizada a partir do não planejamento de sua migração e de sua gravidez, e pela não familiaridade com os recursos da cultura, o que dificultou seu acesso à informação e ao suporte. Não se pode dizer que não existe protagonismo em sua experiência, mas este vai quase sempre de encontro com os valores norte-americanos, destacando o abismo entre sua cultura pessoal e a cultura coletiva. Esta situação acabou tornando a experiência de maternidade de Sílvia algo bastante difícil e sofrido. Aliás, dificuldade é o significado que se destaca ao longo de toda a entrevista.

#### *Léa: adaptação e suporte em território estrangeiro*

Léa tem uma história migratória tranquila: é casada com um estrangeiro (belga) e ambos parecem bastante adaptados aos costumes americanos. Conta que a filha foi “concebida” no Brasil, o que a deixou muito feliz. Não teve maiores problemas durante a gravidez e trabalhou normalmente. Costumava compartilhar esse momento com a família via *web*, mas as pessoas que a ajudaram de fato nesse período foram os amigos que fez nos EUA.

Léa conta que desde o começo da gravidez foi instruída a conhecer toda a equipe obstétrica da clínica, pois qualquer um deles poderia fazer seu parto, não havia um médico fixo que lhe acompanhasse ao longo da gravidez. Esta situação não a incomodou e ela chega a expressar a opinião de que este tipo de procedimento ajuda na realização do parto normal, pois permite que você passe horas em trabalho de parto e seja acompanhada por uma equipe de médicos conhecidos (em revezamento).

Com relação ao parto, Léa diz que preferiu ter apenas a presença do marido, apesar de sua mãe insistir para estar com ela nesse momento. Também não quis que a sogra assistisse, apesar da mesma morar nos EUA. Estava programada para ter parto normal, mas, como a filha não nasceu na data prevista, os médicos marcaram uma indução do parto – segundo ela, procedimento bastante comum por lá –, o que a deixou bastante contrariada. Por sorte, acabou tendo a filha um dia antes da data marcada para a indução, e de parto normal.

Ao voltar para casa, contou com a ajuda da sogra para os afazeres domésticos e alguns cuidados com o bebê. No entanto, teve muita dificuldade em se adaptar

ao sono inconstante da filha. Sobre essa questão ela não contou nem com a ajuda da mãe e nem da sogra, pois achava que os conselhos que estas davam não funcionavam com sua filha. Contou principalmente com a pediatra e também com o marido, pois os dois juntos foram descobrindo o que era bom ou não para a filha. Tentou manter um contato forte com o Brasil, trouxe a filha com alguns meses de nascida para que sua família pudesse conhecer e tenta falar em português com ela.

A experiência de Léa demonstra uma grande consonância entre seus valores e os do contexto onde está inserida. Léa tem uma boa familiaridade com os recursos disponíveis com relação à gravidez e o parto e faz suas escolhas a partir disso – muitas vezes destoantes do que sua família esperava. Conseguiu criar uma rede social bastante ativa nos EUA, o que de certa forma supriu a falta da família e dos recursos que teria no Brasil. Também sempre foi bastante segura em suas decisões, na gravidez (por exemplo, esperar dois meses para comunicar à família), no parto (só querer o marido por perto) e depois do nascimento, buscando descobrir sozinha (apenas com seu marido) a melhor forma de criar a filha.

#### *Anita: planejamento, protagonismo e imprevistos*

Anita mora nos EUA há 15 anos e teve sua filha há 10 anos. Parece muito bem adaptada ao contexto americano. Conta que sua gravidez não foi esperada, mas, depois que descobriu que estava grávida, planejou bastante todos os passos desse processo. Escolheu um parteiro para acompanhá-la durante a gravidez em função de uma experiência negativa com um médico. Com o parteiro sentiu mais liberdade para expor suas dúvidas e questionamentos, além de poder seguir seu plano de ter parto natural (normal e sem anestesia). Essa escolha por um parteiro foi alvo de críticas por parte da família e de amigos brasileiros.

Sua gravidez foi bastante tranquila, parou de trabalhar um pouco antes de o bebê nascer e sua mãe veio do Brasil para ajudá-la. Durante a gravidez fez dois cursos de gestantes para se preparar melhor para o parto. Aliás, planejamento foi um significado recorrente desta entrevista. Ela fez também um plano de parto junto com seu parteiro e seu marido, no qual informava previamente todos os procedimentos que ela aceitaria ou não no parto, as pessoas que estariam com ela e as decisões que porventura tivesse que tomar durante o parto.

Apesar de todo o planejamento, Anita teve algumas complicações durante o parto, pois não tinha dilatação suficiente. Quis esperar para ter parto normal (decisão própria), mas acabou fazendo parto cesariano, pois o bebê já demonstrava sinais de sofrimento intrauterino. Relata que ficou calma quase todo o tempo, até ser preciso assistência por via de monitoramento, pois aí percebeu que não poderia fazer parto normal e que sua filha estava correndo perigo. O parto não foi

exatamente como ela queria, teve uma reação à anestesia, mas conta que depois que a filha nasceu foi quase tudo ótimo, a não ser nos primeiros dias, pois, em função da cirurgia, tinha dificuldade em pegar a filha sozinha para amamentar.

Voltou a trabalhar tempos depois e conseguiu conciliar bem o trabalho e a amamentação, já que tinha sua mãe para ficar com a filha em casa e a flexibilidade no emprego em relação aos seus horários de trabalho. No trabalho tinha inclusive a facilidade de poder tirar o leite e armazenar, para continuar amamentando exclusivamente. Quando a mãe foi embora, ela preferiu não colocar a filha logo na creche.

Conta que sente falta de ter o apoio da família, da rede social que teria se estivesse no Brasil, mas por outro lado também gosta muito de onde vive, pois há mais opções culturais para crianças. Quando pergunto sobre os vínculos com o Brasil, ela diz que faz questão de mantê-los, principalmente o idioma – a filha fala português com ela e inglês com o pai.

### *Nice: adaptação gradual à maternidade e aos discursos médicos*

Nice encontra-se em uma situação temporária de migração no momento da entrevista. Foi para os EUA para o marido fazer mestrado em Chicago. Ficou grávida no fim do mestrado do marido, deu à luz lá e um mês depois voltou para o Brasil. Retornou aos EUA quando o filho já tinha três anos de idade para o marido fazer doutorado. Hoje seu filho já tem sete anos, o marido está terminando o doutorado e ela deve regressar ao Brasil novamente até o fim desse ano.

Sobre sua gravidez, ela conta que foi ótima e que se surpreendeu com a ajuda de custo que obteve do governo americano durante esse período, pois fazia parte de um programa social, já que não tinha plano de saúde e nem como custear as despesas médicas. Diz que trabalhou normalmente durante toda a gravidez. Apesar de participar deste programa do governo (o que lhe facilitou bastante a vida), Nice não se sentiu à vontade com o esquema deste programa, no qual em cada consulta pré-natal era atendida por um médico diferente. Mais do que isso, incomodou-a o fato de não conhecer o médico que fez seu parto.

Outra situação interessante sobre esta tensão entre a cultura pessoal e coletiva se deu no período inicial após o nascimento: em função de sua inexperiência, Nice não contestava de forma alguma a palavra do médico. Hoje ela conta que seguiria algumas orientações médicas, como, por exemplo, acordar o bebê de duas em duas horas pra amamentar.

Seu maior drama foi com relação ao parto. Gasta, inclusive, boa parte da entrevista falando sobre isso. Conta que sua bolsa estourou de manhã, mas ela não tinha dilatação e começou a ter infecção já no hospital. Lá, ficaram esperando por quase 12 horas que ela tivesse parto normal, apesar de seu sofrimento e do risco para o

bebê (que já estava com os batimentos cardíacos baixos). Foi dar à luz às onze e meia da noite, de parto cesariano.

Conta essa experiência com certo ar de contrariedade, pois acha que não precisava ter passado por tudo que passou. Queixa-se também de não ter muito contato com o médico que fez seu parto (só o viu na hora em que o bebê nasceu), e com a falta que sentiu de ter pessoas conhecidas por perto nesse momento, já que só o marido é quem pôde ficar com ela.

Durante a gravidez, a rede social de Nice centrou-se nos amigos que fez no curso de inglês, todos imigrantes como ela (mas nem todos brasileiros). Um mês após o parto ela voltou para o Brasil em função do término do mestrado do marido. Segundo conta, essa fase inicial da maternidade foi muito difícil, pois ela demorou um pouco para se adaptar ao ritmo de vida com uma criança pequena, principalmente em função do sono.

A situação de migração temporária de Nice talvez tenha contribuído para a sua pouca opção de escolha e participação no momento do parto, que culminaram num sofrimento grande. A adaptação de Nice à maternidade parece que foi algo processual e, assim como no parto, após o nascimento, ela ainda ficou um pouco à mercê das opiniões alheias. Só com o tempo foi confiando em seus valores e adaptando-os para a criação de seu filho.

### *Taís: afeto profissional como mediador da experiência de sucesso*

Taís foi para os EUA acompanhar o marido, que respondeu a um anúncio de um banco americano, foi chamado, e teve que se mudar um mês depois. Então ela conta que foi tudo um pouco às pressas. Sua gravidez não foi planejada, inclusive ela não esperava que pudesse ficar grávida, pois tinha um diagnóstico de problema de fertilidade. Taís conta que teve uma gravidez tranquila e fez todo o pré-natal com um médico muito atencioso, o que ela acha que foi uma sorte, no contexto americano. É interessante notar que um dos maiores motivos para Taís confiar e se sentir bem com seu médico é o fato de ele ser atencioso e afetuoso com ela. Chega a comparar o atendimento dos médicos americanos ao dos brasileiros nesse sentido.

Além disso, outro ponto de divergência entre a opinião de Taís e a cultura local diz respeito ao seu medo de parto normal e sua preferência por parto cesariano. Este foi mais um motivo que levou à simpatia de Taís por seu médico, já que ele não a forçou a fazer parto normal e foi flexível para escutar sua opinião.

Taís opta por fazer cesariana e diz que tudo foi bastante tranquilo, apesar de ela mesma admitir que o seu parto não foi algo muito dentro dos padrões de lá. Ainda sobre o parto, Taís relata um fato interessante, que foi o enorme questionário que ela teve que preencher na véspera do parto, com informações sociodemográficas e

perguntas de todo tipo, como, por exemplo, se ela tinha geladeira, se o bebê teria uma cama para dormir etc. Além disso, neste momento ela também foi bastante questionada pela equipe do hospital sobre sua opção pela cesariana.

Táís destaca que durante a gravidez e após o nascimento da filha não teve familiar nenhum por perto e pôde contar quase que exclusivamente com a ajuda do marido, o que em sua opinião acabou sendo muito bom, pois a falta de outras pessoas para ajudar fez com que ele se envolvesse enquanto pai. Além do marido, ela conta que pôde contar apenas com alguns amigos brasileiros que ela fez nos EUA.

Táís se mostra bastante adaptada à cultura americana, exaltando alguns valores americanos com os quais criou a filha – alguns deles, inclusive, vão de encontro ao que sua família pensa. Mas, ao mesmo tempo, traz vínculos fortes com os valores brasileiros, como, por exemplo, quando fala da escolha de seu médico baseada no afeto, ou quando contraria a norma americana e opta por uma cesariana. Ao que parece, Táís transita a todo o momento pelos valores e significados dos dois contextos, negociando e incorporando aqueles que se adéquam melhor à sua cultura pessoal.

### *Isabela: três partos, três histórias de maternidade*

Isabela foi para os EUA a princípio para acompanhar o marido que ia fazer mestrado, mas já tinha intenção de estudar e trabalhar por lá. No entanto, não tinha planos de ficar tanto tempo quanto ficou. E ela parece que conseguiu se adaptar relativamente bem a essa migração, que deveria ser temporária e acabou durando mais tempo do que ela previa.

Isabela conta que não chegou a planejar a primeira gravidez, e que essa aconteceu logo que ela entrou no mestrado. Como estudante, não ganhava muito, não tinha seguro de saúde, mas conseguiu que o governo americano custeasse todo seu pré-natal através de um programa de ajuda para estudantes. Com o parto aconteceu a mesma coisa: ela conseguiu negociar com o hospital de forma a pagar menos de 10% do valor total da conta. Este apoio manteve-se após o parto, no qual ela contou com as visitas das enfermeiras do hospital nos primeiros dias para ensinar os cuidados com o bebê, além de uma especialista em lactação, para ensiná-la a amamentar o bebê e alugar para ela uma bomba para retirar e armazenar o leite quando ela fosse trabalhar.

Isabela também teve participação ativa na utilização desses recursos, procurando sempre informações e ações, como, por exemplo, ajudar a implantar uma sala exclusiva em sua empresa para que as mães pudessem retirar e armazenar o leite.

Isabela teve três experiências de parto nos EUA, e como ela mesma diz, cada uma foi diferente, pois em cada uma delas vivia um momento diferente da vida

– principalmente no que diz respeito à consolidação da sua situação financeira nos EUA. Seus três partos foram normais, por escolha sua, mas ela mesma admite que a cultura americana influencia e força um pouco essa escolha.

No primeiro parto chegou a ter um problema com a anestesia. Segundo ela, lhe deram uma anestesia errada e ela chegou a ser entubada. Em função desta experiência não quis anestesia nos outros. Apesar desse problema, elogia bastante o atendimento que recebeu no hospital em todos os partos, principalmente a atenção e gentileza dos profissionais. Seu terceiro filho ela teve com uma parteira, e conta que a experiência foi bastante positiva, apesar de sua descrença inicial.

No que concerne à ajuda durante a gravidez, Isabela trouxe a prima e a irmã – uma na primeira; a outra, na segunda gravidez – para ajudarem a tomar conta dos bebês durante os primeiros seis meses, e em troca arrumou curso de inglês para as duas. Diz que a ajuda das duas foi essencial neste momento e a falta deste “suporte familiar” acabou influenciando sua volta ao Brasil logo após o nascimento do terceiro filho, pois não teve coragem de colocá-lo numa creche com apenas seis semanas.

Isabela conseguiu administrar bem a experiência de maternidade nos EUA. Apesar de aparentemente ter poucos recursos materiais quando chegou lá, ela teve um forte protagonismo para buscar informações e acesso aos recursos locais, bem como formar uma rede social forte com pessoas em situação semelhante à dela – outros imigrantes da universidade.

### *Marcela: boa comunicação como facilitador da experiência de maternidade*

Marcela foi para os EUA aos 16 anos com o namorado – na verdade, se casou com ele antes de ir –, no intuito de estudar a língua inglesa e de fugir de uma situação familiar complicada que vivia no Brasil. Desta forma, ela tentou se ajustar ao máximo ao modo de vida americano. Ficou grávida dois anos depois de chegar aos EUA, e conta que a gravidez não foi algo 100% inesperado, pois durante este tempo lá, ela e o marido conseguiram se organizar, juntar dinheiro e fazer um pequeno patrimônio.

Ao longo da gravidez, Marcela foi se mostrando cada vez mais adepta aos costumes norte-americanos. Chega a comparar sua experiência com a de outros brasileiros na América. Marcela conta que seu acesso aos recursos sociais relativos à gravidez foi mais fácil do que para a maioria das outras brasileiras, muito em função da sua facilidade com a língua inglesa.

Participou de um programa governamental com mães adolescentes, no qual teve acesso à maioria das informações relativas à gravidez, ao parto e aos cuidados com a criança. Neste programa também acabou fazendo amizade com as duas assistentes sociais que a acompanharam durante e após a gravidez.

Marcela descreve seu parto como bastante tranquilo e atribui um pouco desta situação ao fato de ter se preparado bastante antes, fazendo caminhada e ginástica. Conta que começou a sentir as dores um dia antes, mas os médicos a mandaram para casa, pois ela não parecia demonstrar que estava entrando em trabalho de parto.

Durante a gravidez Marcela não contou com praticamente ajuda nenhuma; tinha poucos amigos e normalmente só tinha o marido por perto. Seus sogros foram para os EUA no seu parto, e nos primeiros dias foram eles que deram o maior suporte para ela e sua filha, principalmente a sogra. Depois que eles foram embora, seu pai foi visitá-la e ficou mais uns dias.

Apesar de já estar de volta ao Brasil há algum tempo, Marcela fala com saudosismo de sua vida nos EUA. Na verdade, acabou voltando para o Brasil contra a sua vontade, mas por força das circunstâncias, após a separação do marido e pela pressão da família para que ela fizesse uma faculdade aqui. No entanto, apesar de tão bem inserida quanto aos valores americanos, Marcela acabava buscando manter alguns vínculos com o Brasil, como, por exemplo, procurar uma babá brasileira para sua filha enquanto estava morando nos EUA.

O caso de Marcela, como ela mesma destaca ao longo de toda a entrevista, é bem inusitado, com uma trajetória completamente diferente do que seria o padrão de uma gravidez na adolescência aqui no Brasil. Em função das circunstâncias familiares em que vivia aqui, Marcela encontrou nos EUA uma chance de viver uma vida totalmente diferente, e por isso buscou se inserir profundamente nos valores americanos. O fato de estar bem ambientada com a cultura e ter o domínio do idioma também contribuíram para esta inserção.

## SER MÃE BRASILEIRA NOS EUA: ALGUNS ASPECTOS DESSA EXPERIÊNCIA

Discute-se, a seguir, a experiência das seis entrevistadas no que concerne às tensões entre o contexto de origem e o contexto migratório. São descritas aqui também algumas estratégias de enfrentamento ou adaptação que emergem diante desse novo panorama de migração e ainda da transição para a maternidade.

### *Cultura individual x Cultura coletiva*

Um dos principais pontos de comparação entre o contexto brasileiro e o norte-americano, do ponto de vista das participantes, é a questão da expressão do afeto. Parece haver uma percepção geral de que o povo americano é pouco afetivo, principalmente em comparação ao brasileiro. Ao mesmo tempo, as entrevistadas ressaltam a importância de um suporte (ou clima) afetivo durante a transição para a maternidade, principalmente fora do país.

A relação afetiva com o mundo é a base de todos os processos mentais. Também é um regulador básico dos comportamentos diante da incerteza. No ser humano, essa incerteza quanto ao futuro é de certa forma minimizada pela antecipação afetiva do futuro e pela construção de signos (VALSINER, 2002) – afeto este que também se expressa quando a experiência é narrada.

Desta forma, também existe uma comparação, muitas vezes em tom nostálgico, quanto ao tipo de afeto encontrado no atendimento feito por profissionais de saúde nos EUA e no Brasil. Essa comparação se expressa na percepção de que, no Brasil, diferentemente dos EUA, os profissionais são calorosos e afetuosos, o que elas não encontram nos EUA. O fato das participantes se encontrarem em momento de bastante fragilidade (pela gravidez e pela falta da família por perto) parece acentuar esse contraste:

*Foi tranquilo. Assim, a gravidez transcorreu muito bem, os médicos aqui, pelo menos o que eu... O que eu casualmente escolhi, muito agradável! Muito simpático! O que é... difícil você achar por aqui, porque os médicos daqui são muito carrancudos, sabe? Eles não têm essa, essa coisa de médico brasileiro que te abraça, senta com você, conversa contigo, aqui não é assim, não. Aqui eles te atendem mesmo por relógio, sabe, meio que pé na porta. Este não, este foi muito agradável, muito gente boa mesmo. (Taís)*

Note-se que, entre as participantes que não tiveram filhos no Brasil, são registrados episódios que denotam acolhimento não afetuoso e até mesmo hostil por parte de profissionais:

*É, porque o dia inteiro, né, assim. Eu com febre, correndo risco também, né, [assim como] o meu filho. Mas como a gente tá num outro país estranho, a gente meio que tem que obedecer aos médicos, né? E o médico realmente eu vi praticamente quando nasceu, na cesárea mesmo, porque era enfermeiro o tempo todo, o médico praticamente eu não via a cara dele. (Nice)*

Aquelas que encontram um profissional atencioso consideram isso uma sorte (no caso de Taís), ou resultado de muita busca, como foi o caso de Anita, que trocou seu médico por um parteiro depois de um episódio em que o primeiro se mostrou insensível ao momento de emoção que ela e o marido passavam, ao escutarem pela primeira vez o coração do bebê:

*Então, o dia que a gente foi ouvir, o dia que a gente ouviu o coração da nossa filha, a consulta foi menos de cinco minutos. Eu lembro que pra gente foi um momento muito emocionante, porque, sei lá, a gente tava ouvindo o coração, nós começamos a chorar, eu e meu marido, e, enfim, o médico perguntou: 'Pronto, ouviram? Têm alguma pergunta? Não?' Acabou a consulta! Então assim que eu saí do consultório eu falei: 'Não quero mais esse consultório, preciso de mais opções de médico, eu preciso conversar mais'. Então a gente procurou um*

*'midwife', que é um parteiro. Na verdade, eu tive um parteiro. Um cara fantástico, eu já tinha ouvido muito falar dele. (Taís)*

Outro ponto de conflito das entrevistadas quanto ao contexto americano refere-se às práticas de criação de filhos. Aparecem alguns episódios interessantes relacionados com diferenças marcantes, desde o cuidado com o bebê até a educação das crianças de uma forma geral, algumas vezes colocando a educação no contexto americano como extremamente liberal, outras vezes como muito rígida.

Fraktman (1998) destaca que em muitos países a gravidez é vista como um processo que deve ser seguido naturalmente. Já nos EUA, seguir uma agenda médica periódica é condição necessária para não ter uma “gravidez de risco” ou “pobre de recursos”, o que denota mais uma vez este significado da “segurança” que permeia o contexto americano, e que causava certa estranheza nas entrevistadas por não ser algo tão compartilhado no contexto brasileiro.

### *Migração, maternidade e self*

É possível perceber que a migração para outro país influencia a experiência de maternidade destas mães em diversos aspectos (como já foi posto anteriormente), mas parece que a própria transição para a maternidade constitui-se na principal experiência migratória (no sentido do próprio desenvolvimento) que estas mães enfrentam – a mudança qualitativa de um estado para outro, com a incorporação de novas posições do eu, de uma reorganização familiar e da emergência de novos significados. Neste sentido, mais do que dizer que a migração afeta a experiência de maternidade, é possível dizer que a transição para a maternidade reorganiza a experiência de migração.

Apesar da transição para a maternidade trazer alguns desafios e empecilhos na experiência de migração dessas mulheres, ela também promove um novo senso de identidade e agência, e algumas vezes pode orientar práticas de adaptação ao novo contexto, como, por exemplo, a formação de uma rede de suporte social local e o incentivo ao acesso a recursos e novos ambientes, em função da maternidade.

*No meu trabalho tinha uma sala só pra isso porque era uma empresa grande, então tinha uma sala só para as mães que queriam amamentar, com geladeira, gavetinha de guardar. [...] Isso aí surgiu depois de eu estar lá. Eu lembro que tinham algumas gravidinhas já lá e coincidentemente na época que eu tive neném eram mais umas duas ou três, e a gente meio que reivindicou. Tinham muitas salas vazias, e a gente foi conversar com o diretor e ele permitiu, e ele botou cortina, que a porta era de vidro. Botou cortina, botou um frigobarzinho, botou poltrona e ali ficou a sala para as mães. Então tinham várias que iam lá utilizar pra desmamar [retirar o leite]. (Isabela)*

É interessante observar também que, apesar das narrativas das entrevistadas centrarem-se nos aspectos não normativos de sua experiência de terem filhos nos EUA (como o tratamento dos profissionais de saúde, o parto ou os diferentes hábitos de criação de filhos), parece haver algo de normativo na transição para a maternidade, que vai além das características do contexto, brasileiro ou norte-americano.

Percebe-se nas entrevistas relatos das expectativas comuns sobre a maternidade, como a preferência pelo sexo do bebê, a preparação de enxoval, as dúvidas e medos quanto ao parto, e principalmente a preocupação e ansiedade sobre como será a vida após o nascimento do bebê, mostrando que a antecipação do futuro enquanto orientador de práticas presentes é algo comum a ambos os contextos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante considerar que a experiência de gravidez, parto e maternidade, apesar de serem únicas, despertam modificações e suscitam desafios comuns às mulheres. Este estudo buscou explorar a singularidade desta condição, mas também mostrar que esta experiência está sempre circunscrita por fatores sociais, culturais e por campos afetivos, que, no caso da maternidade no contexto migratório, parecem ficar ainda mais destacados.

A experiência de maternidade é uma transição intensa, que por si só marca a migração psicológica e social de um lugar para outro. Quando esta experiência ocorre em um contexto diferente da terra natal, alguns conflitos podem se intensificar, principalmente decorrentes das dificuldades de comunicação, integração de valores e modos de funcionamento do sistema, além da falta da rede social de apoio original. No entanto, também pode ser um momento importante de protagonismo dessa mulher, e do estabelecimento de novas formas de construção da maternidade.

Por fim, percebe-se uma interlocução entre as duas transições, a maternidade e a migração, uma de certa forma impulsionando a outra e direcionando para determinadas escolhas de trajetórias. É notório que o contexto migratório influencia e modifica a transição para a maternidade, mas também é importante compreender como a maternidade também modifica a experiência de estar em outro país, promovendo novos desafios, mas também novas oportunidades, experiências e possibilidades de relações que não se colocariam no contexto dessa mulher caso ela não estivesse se tornando mãe.

## REFERÊNCIAS

- AHMED, S. Home and away – Narratives of migration and estrangement. *International Journal of Cultural Studies*, London, v. 2, 1999.
- ALI, L.; SONN, C. C. Constructing Identity as a Second-Generation Cypriot Turkish in Australia: The Multi-hyphenated other. *Culture and Psychology*, Washington, v. 16, n. 3, p. 416-436, 2010.
- BHATIA, S.; RAM, A. Rethinking ‘Acculturation’ in Relation to Diasporic Cultures and Postcolonial Identities. *Human Development*, Basel, v. 44, p. 1-18, 2001.
- FRAKTMAN, M. G. Migrant Mothers: What Makes Them High Risk? In: COLL, C. G.; SURREY, J. L.; WEINGARTEN, K. *Mothering Against the Odds: Diverse Voices of Contemporary Mothers*. New York: The Guilford Press, 1998. p. 85-107.
- GRINBERG, L.; GRINBERG, R. *Psychoanalytic perspectives on migration and exile*. New Haven: Yale University Press, 1989.
- HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. 4. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- HALLE, H. C.; ABREU, G. Drawing on the Notion of Symbolic Resources in Exploring the Development of Cultural Identities in Immigrant Transitions. *Culture & Psychology*, London, v. 16, n. 3, p. 395-415, 2010.
- KADIANAKI, I. Making Sense of Immigrant Identity Dialogues. *Culture & Psychology*, London, v. 16, n. 3, p. 416-436, 2010.
- KONIG, J. Moving Experience: Dialogues between Personal Cultural Positions. *Culture & Psychology*, London, v. 15, n. 1, p. 97-119, 2009.
- RYAN, L. Migrant Women, Social Networks and Motherhood: The Experiences of Irish Nurses in Britain. *Sociology*, London, v. 41, n. 2, p. 295-312, 2007.
- SIGAD, L. I.; ESIKOVITS, R. A. Migration, Motherhood, Marriage: Cross-Cultural Adaptation of North-American Immigrant Mothers in Israel. *International Migration*, [S. l.], v. 47, p. 63-99, 2009.
- STRAUS, L.; McEWEN, A.; HUSSEIN, F. M. Somali women’s experience of childbirth in the UK: perspectives from Somali health workers. *Midwifery*, Amsterdam, v. 25, n. 2, p. 181-186, 2007.
- TUMMALA-NARRA, P. Mothering in a foreign land. *The American Journal of Psychoanalysis*, New York, v. 64, n. 2, p. 67-82, 2004.
- VALSINER, J. Approaches to culture: semiotic bases for cultural psychology. In: VALSINER, J. *Cultures in Minds and Societies*. New Delhi: Sage Publications, 2007. p. 19-74.
- VALSINER, J. *Comparative study of human cultural development*. Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje, 2001.

VALSINER, J. Forms or Dialogical Relations and Semiotic Autoregulation within the Self. *Theory & Psychology*, London, v. 12, n. 2, p. 251–265, 2002.

ZUBARAN, C. The Quest for Recognition: Brazilian Immigrants in the United States. *Transcultural Psychiatry*, London, v. 45, n. 4, p. 590–610, 2008.

# 10

## VIVÊNCIAS DA MATERNIDADE PARA MULHERES DO SUBÚRBIO DE SALVADOR

Lílian Perdigão Caixêta Reis

As vivências das mulheres na transição para a maternidade e a consequente elaboração do que é o processo de tornar-se mãe não são similares. É um equívoco negligenciar os diferentes fatores atrelados às experiências pessoais e aos contextos sócio-históricos nos quais estão inseridas, bem como à forma como internalizam e externalizam os padrões que lhes são transmitidos culturalmente.

Em relação àquelas que vivem em condições de pobreza, nos bairros de periferia, evidencia-se a necessidade de considerar todos os circunscritores que as submetem a situações adversas, impondo-lhes direcionamentos de como lidar com a realidade, ou exigindo destas a criatividade no sentido de identificarem meios ou recursos para driblar os obstáculos aos quais estão sujeitas, acessando legados transmitidos através da experiência de gerações mais velhas ou arriscando a elaboração e atualização de novos modos de ser mãe. (REIS, 2010)

Prioriza-se aqui o argumento de que a construção da noção de maternidade e sua consequente elaboração enquanto afirmação de um “*self* materno” ocorre a partir da inter-relação entre fatores biológicos, sócio-históricos, econômicos e culturais. Todas as mulheres que engravidam e tornam-se mães passam por experiências muito peculiares durante esse processo, sendo relevante reconhecer a singularidade de cada uma no modo como elaboram essas vivências. (AMORIM; ROSSETTI-FERREIRA, 2004; BASTOS; ALMEIDA, 2015)

Propõe-se como objetivo deste capítulo apresentar uma discussão sobre como os fatores sócio-históricos e culturais são significativos na construção de significados acerca do processo de tornar-se mãe na vida de mulheres que moram na periferia, muitas delas migrantes do contexto rural.

Para viabilizar a discussão sobre essas questões, apresenta-se aqui um recorte com dados coletados através de estudo etnográfico conduzido de 2008 a 2011, durante o doutorado (REIS, 2010) e pós-doutorado da autora, com mulheres residentes nas comunidades de Novos Alagados, localizadas no Subúrbio Ferroviário de Salvador. A coleta aconteceu através da realização de visitas às comunidades, observação participante e entrevistas narrativas de conversação feitas com 40 mulheres de diferentes gerações.

A interlocução com outros estudos e pesquisadores a partir de pesquisas conduzidas com mães baianas remetem claramente às matrizes histórico-culturais como referências sobre as quais se assentam ideias e práticas sobre maternidade. (BASTOS; ALCÂNTARA; FERREIRA-SANTOS, 2002; FERREIRA FILHO, 2003; MATTOSO, 1988; SOUZA, 1995) Coloca-se também em questão o predomínio de duas noções dominantes, a primeira sustentada por uma ordem biológica, que defende a existência de um instinto materno para justificar que as funções de maternagem devem se limitar às mulheres. E outra dirigida por uma ordem social, que cria orientações morais e culturais para definir como esse papel deve ser cumprido. (AMORIM; ROSSETTI-FERREIRA, 2004; MATTOSO, 1988; SOUZA, 1995)

Para elucidarmos como esse processo transcorreu para as mulheres entrevistadas neste estudo, denotou-se a necessidade de descrever inicialmente o contexto no qual elas vivem, com o intuito de evidenciar a inter-relação entre os fatores históricos e os socioculturais que deram origem aos campos de significados construídos por elas ao tornarem-se mães.

#### FATORES HISTÓRICOS: DA ORIGEM DAS COMUNIDADES ÀS TRAJETÓRIAS DAS MULHERES

O primeiro dado relevante na história das mulheres de Novos Alagados é a explicação sobre a origem das comunidades nas quais vivem, pois muitas delas participaram ativamente da ocupação dessas áreas e da organização de associações e grupos locais, daí a relevância de se fazer um breve relato sobre o processo de constituição dessas localidades.

Antes, entre os anos 1970 e meados de 1980, as famílias dali mantinham ainda uma característica mais provinciana e coletiva, pois eram constituídas principalmente por colonos que trabalhavam nas fazendas da região, por famílias de operários ou que migraram do Recôncavo Baiano. Havia uma lógica de organização

na formação dos diferentes grupos, o que gerou a criação de associações comunitárias vinculadas a instituições religiosas (católicas, do candomblé e evangélicas, dentre outros) de operários ou moradores de determinadas regiões. Mas, com o crescimento desordenado, essas comunidades se tornaram também uma das áreas de maior concentração de pobreza e violência da cidade de Salvador. (REIS, 2010; SANTOS, 2005)

*Antigamente, tinha o parque aqui, era cheio de mato, cheio de pé [de árvore]... Não tinha ladrão, não tinha nada. Levava as crianças prali, passava o dia, brincava. Hoje em dia a gente não pode mais fazer isto. (Teresa, 62 anos)*

Nestas comunidades, o vínculo entre os moradores e as associações era muito forte, o que serviu para a identificação de referências que as mulheres narravam em suas entrevistas, sobre fatos que aconteceram nas comunidades ou quando citavam algum grupo do qual faziam parte. Inseridas nessas associações, as mulheres participaram de todo o processo de mobilização pela melhoria das condições de moradia:

*Eu trabalhava muito. Trabalhava em firma também, lá na CEASA, entendeu? Aí, quando eu chegava de lá do trabalho... Eu vinha, tirava a farda, tirava a roupa e entulhava. Eu entulhava isso aqui com carro de mão. [...] Aí, ficou uma ilha. Só a minha. (Ada, 62 anos)*

*Aí eu sei que nós começamos a lutar. A rua toda, quem morava mais na frente aterrou as casas. Uns foram aterrando, outros foram aterrando... E fez a rua. O pessoal que morava mais pro fundo ficava dentro da maré. (Teresa, 62 anos)*

Mesmo com obras, o aumento no tamanho das casas nem sempre se refletia em melhorias sanitárias ou de circulação. Havia casas enormes, porém sem janelas, tornando-se ambientes extremamente abafados e insalubres, o que talvez justificasse a alta incidência de doenças respiratórias entre crianças e idosos.

Ter uma casa implicava em segurança, em ter um espaço no qual deixar os filhos enquanto saíam para trabalhar. A casa adquiriu valor simbólico retratado numa dimensão afetiva e temporal. A história da construção da casa é narrada concomitantemente à explicação do percurso histórico de fixação naquela área. Muitas mães construíram suas casas com muita dificuldade, e identificam suas moradas como principal patrimônio familiar. “A casa” representa um signo hipergeneralizado (complexo e com forte carga afetiva), pois traz simbolizações diversas conforme a história de cada família: (REIS, 2010)

*Já falei com meus filhos: se um dia eles saírem daqui, se melhorarem de vida e quiserem sair daqui, podem até ir, mas vender a casa, não. Se eles forem embora, que deem a casa para outra família, num quero que venda, não. (Sônia, 55 anos)*

A “casa” abriga a família, primeira instituição de relevância na vida das mulheres, e no espaço físico herdado por diferentes gerações preservam-se as histórias contadas pelas mães e avós, que passam a orientar a caminhada dos seus descendentes.

Mas, atrelado à construção das casas, como primeiro ponto de exercício da maternagem naquele contexto, pela evidente busca de oferecer proteção aos filhos, identificou-se um segundo aspecto correlacionado ao desenvolvimento da vida comunitária: o envolvimento delas na formação das instituições educativas. Engajadas em causas pelo bem comum, como a criação de creches ou projetos sociais, sempre estiveram preocupadas em criar melhores condições de vida para seus filhos:

*Que ela trabalhava aqui desde a época que era de madeirite. Quando ela começou aqui ninguém recebia nada, não ganhava...* (Marta, 61 anos)

Assim, assegurava-se a passagem de uma socialização primária, advinda do espaço doméstico, para um contexto comunitário, com o investimento na educação e formação profissional para crianças e jovens da região. Mulheres guerreiras assumiram lutas em prol de instalação de diferentes instituições localizadas em áreas estratégicas das comunidades, sendo nomeadas e reconhecidas como “heroínas”. Pouco se falava dos homens, pois na alçada do cuidado com as crianças se reforçava a responsabilidade de um papel feminino. (REIS, 2010)

Um terceiro espaço físico e de socialização das famílias se destaca com muita força na formação das comunidades de Novos Alagados: as instituições religiosas. Indicados como grupos antigos, apontam-se aqueles vinculados à Igreja Católica e ao candomblé, e os mais recentes movimentos neopentecostais ou evangélicos. A inserção das mulheres nos grupos religiosos viabilizava ainda o acesso a uma rede de apoio socioafetivo e efetivo.

No progresso e crescimento da região, após intervenções governamentais ou de organizações sem fins lucrativos, surgem os primeiros postos de saúde, com o aparecimento de agentes comunitários e profissionais de várias áreas, como medicina, enfermagem, nutrição, dentre outros. Um novo ordenamento embasado em conhecimento científico se evidencia através da informação difundida por essas equipes.

Essa sequência de um percurso histórico serve para explicar toda uma lógica que orientou as narrativas das mulheres, indicando pontos de referência relevantes na construção de significados acerca da maternidade naquele contexto.

## FATORES SOCIOCULTURAIS: A CONSTRUÇÃO DE CAMPOS DE SIGNIFICADOS

Através das informações fornecidas pelas mulheres, foi possível perceber que as histórias de vida delas estavam entrelaçadas à história do lugar, promovendo marcadores para orientar suas escolhas, através da criação de um conjunto de elementos culturais os quais formam o que Valsiner (2007) denomina de “campo de significados”.

Nesse campo de significados aparecem signos hipergeneralizados, assim identificados por portarem uma carga afetiva que os transformam em signos promotores, os quais passam a funcionar como referência, enquanto recursos simbólicos que ajudam a estruturar o “*self*” das pessoas. (VALSINER, 2007)

Nos relatos das mães de Novos Alagados, os campos de significados identificados estavam fortemente conectados às vivências delas no cotidiano da vida familiar e comunitária, com destaque para aqueles relacionados à construção das casas, à participação em grupos religiosos ou movimentos sociais, ou à preocupação com a saúde e educação dos filhos.

Para essas mulheres, os significados de maternidade encontravam-se profundamente enraizados na cultura, sustentados por elementos das tradições que trouxeram de suas cidades de origem, no caso, das gerações mais velhas, transformados e atualizados por elas mesmas na mudança para o contexto urbano, ou reelaborados e atualizados pelas gerações mais novas. (REIS, 2010)

Valsiner (2007) aponta a transmissão intergeracional como um ponto importante para explicar como um sistema cultural criado por uma pessoa pode ser transmitido para outra. E sugere que existem dois modelos de transmissão: unidirecional, no qual a pessoa é vista como passiva em sua aceitação das mensagens culturais; e o bidirecional, baseado na premissa de que todos os participantes estão transformando ativamente as mensagens culturais. A psicologia cultural entende que no modelo bidirecional existe sempre a possibilidade de que conteúdos transmitidos sejam reelaborados pelas gerações mais novas; estes provocam rupturas ou inovações que acarretam transformações culturais. É a partir deste referencial teórico que se discute os aspectos evidenciados através das trocas entre as mães, destacados em trechos dos relatos presentes nas narrativas.

As trocas de informações entre as gerações sobre práticas ou conhecimentos acerca do parto, do pós-parto e do cuidado com os filhos contribuíram para sustentar uma cultura coletiva, muitas vezes orientada por concepções enraizadas numa lógica de valores tradicionais, que sublinhavam a necessidade da mulher de se sujeitar aos ordenamentos sociais ou às expectativas de seus companheiros.

Um caso no qual se evidenciou essa questão com maior rigidez foi o de dona Jacinta (51 anos), que “descobriu” a gravidez aos quinze anos, quando a mãe a levou ao médico:

*Minha mãe me levou no médico pra saber o que eu tinha. Chegou lá e descobriu que eu estava grávida. Aí foi aquele tererê dentro de casa, né? Você sabe, antigamente não era como hoje. Minha mãe não queria me olhar mais nunca, queria me botar pra fora de casa, mas meu pai não deixou. Aí chamou o meu marido, conversou com ele, aí nós casamos... [Quando] eu descobri ia fazer quatro meses. Tava com quinze anos, quer dizer, ia completar. (Jacinta, 51 anos)*

Para manter a honra da família, a medida mais adequada foi o casamento, e a solução para o “problema” coube ao pai de Jacinta, “o homem da casa”, que convocou o namorado dela para uma conversa. Conforme sugere Sarti (2004), a honra e a moral são extremamente importantes entre famílias pobres. O namorado, também para mostrar que era um homem de palavra, assumiu sua responsabilidade. Dentro das convenções sociais do lugar, a solução era simples, definia-se pelo casamento.

Note-se que no caso de Jacinta os valores religiosos e as convenções sociais sobrepõem-se: ela não faz nenhuma referência aos seus desejos e preocupações pessoais, a solução do problema é decidida por outros e aceita por ela sem reservas. O casamento, enquanto um signo hipergeneralizado, normatiza e resolve todo o dilema pessoal, pois a partir daí os pais passam a apoiá-la.

Valsiner (2012, p. 143) ressalta que a noção de família e casamento é carregada de valor e sobredetermina as mentes humanas:

[...] o valor dessas estruturas para a vida social é, universalmente (embora através de diferentes formas), socialmente promovido e pessoalmente internalizado. O poder de tais estruturas sociais e seus significados hipergeneralizados, na orientação da conduta humana e das necessidades afetivas, é um poderoso testemunho da centralidade da cultura dentro das mentes humanas.

Em outro caso, observou-se que a gravidez a partir dos quinze anos não gerou muita surpresa por parte da família; é como se já estivesse mesmo na hora de acontecer. Percebeu-se este tipo de reação principalmente em famílias cujas mães vieram do interior, e que também tiveram seus filhos muito jovens. A presença e apoio do parceiro (mesmo nos casos em que o casamento não ocorreu) é outro marcador social de extrema significação, que legitima a nova condição da mulher enquanto mãe quando esta é ainda muito jovem.

Jacira (23 anos) tomou a decisão de engravidar em comum acordo com o namorado e a partir de total aprovação por parte das famílias. Destaca-se o fato de que a mãe dela teve o primeiro filho aos 14 anos e a irmã aos 16:

*Ah, eu engravidei com quinze anos. Na época, o pai tinha dezessete. Não pensava quase nada da vida, mas dizia ele que queria, né? Tudo bem. Foi bom, foi uma gestação... D. foi bem esperado, né? Paparicado do lado de cá, do lado de lá, da mãe dele, da minha mãe. (Jacira, 23 anos)*

Nota-se pelo exemplo de Jacira que o “desejo pessoal”, identificado por ela como justificativa para que engravidasse, conecta-se a toda uma expectativa das pessoas de seu círculo de convivência.

Vale retomar um outro sentido desta questão, ou seja: até que ponto esse desejo de ser mãe não representa a internalização de valores coletivos, apreendidos na convivência com as mulheres da família, da comunidade ou de seus grupos de pares? E ainda, pela necessidade de corresponder ao desejo do próprio companheiro, de que forma esse desejo é intensificado pela pressão social de que toda mulher deve dar um filho ao marido (e pior ainda quando tem que ser um filho homem!)? Seria impossível aqui esgotar todas as possibilidades, mas uma coisa ficou evidente no exemplo de Jacira: o signo “desejo pessoal” traz em si mesmo uma complexidade de significações que não pode ser banalizada.

Mas, por outro lado, houve mulheres que conseguiram manter certo distanciamento dos valores dominantes naquele contexto, criando signos muito específicos para sustentar seus posicionamentos. Um fator que serve como marcador para sinalizar mudanças nas trajetórias desenvolvimentais das mães mais jovens em relação à gestação é a questão da escolaridade. Jovens que tinham a pretensão de continuar os estudos negociaram com suas famílias para conciliar o papel de mãe e de estudante. Além disso, contaram com o apoio de professores, colegas e vizinhas:

*Eu pensei em largar a escola. Mãinha disse: ‘Não, você vai continuar, é... a gente ajuda e tal, só falta um ano que você tem’. Aí eu me matriculei, passei, tive muito apoio de meus professores [...]. Tinham alunas também que ajudavam. Então, aí eu fui levando. (Inês, 33 anos)*

*Mudou um pouco, mas não atrapalhou em nada do que eu queria, entendeu? Tipo assim, eu tava no último ano do colegial, eu terminei. Achei muito apoio dos vizinhos, da minha família. (Elsa, 25 anos)*

Elsa (25 anos), pressionada por sua família e pela do namorado, ambas vindas do interior e defendendo que ela deveria abandonar os estudos por causa da gestação, precisou encontrar argumentos que se contrapusessem à posição dos parentes. Para afirmar sua decisão, ela primeiro argumentou que tinha disposição para isto, ou seja, fez valer uma avaliação pessoal:

*Aí, assim, todo mundo: ‘Ah, que tem que ter cuidado, não sei o que’, mas comigo, pra mim, não tinha isso. Eu fazia as atividades normalmente como os outros faziam também. Eu não me colocava como um... Que eu tinha que ter cuidados. Até porque eu achava assim: se eu tô me sentindo bem, tô com disposição, não vai me impedir em nada. (Elsa, 25 anos)*

Em sua batalha, Elsa encontrou um aliado influente, cujo empoderamento sustentava-se por conhecimentos científicos, superiores em relação aos seus parentes.

A palavra final sobre sua decisão foi confirmada, então, por seu médico, que a “autorizou” a levar adiante seus projetos: “*Eu ouvia, perguntava ao médico [e ele respondia]: ‘Não, não tem nenhuma... tenha a sua vida normal’. Aí eu tive continuidade, depois terminei o curso, terminei a escola...*”.

O apoio externo ao contexto da família foi crucial no caso de Elsa. Mesmo certa de sua escolha, inclusive por ter condições pessoais para avaliar se daria conta de conciliar a gestação com o estudo, ela necessitou da confirmação de um outro (uma autoridade), cujo poder era reconhecido socialmente. Percebe-se, no seu caso, uma mudança nos paradigmas pessoais, que a leva a confrontar os valores do grupo familiar, fortalecida pelos valores do contexto urbano, no qual vive atualmente, ao ponto de convencê-los a apoiá-la.

A importância do estudo apareceu no caso de Elsa como um valor acoplado às perspectivas de futuro para as mães mais jovens, indicando a viabilidade de assumirem e manterem seus filhos. Porém, observou-se que a aceitação desta alternativa se alia à apropriação por suas famílias de valores sociais subentendidos como mais elevados, numa lógica que parece indicar maior flexibilidade e abertura para adequar-se aos padrões atuais, sugerindo escolhas que possuem conotações qualitativamente superiores às outras possibilidades existentes no seu contexto.

O “estudo”, portanto, torna-se um signo hipergeneralizado ao incluir e abarcar diferentes conotações para as mães, como, por exemplo: *status* social diferenciado; patrimônio pessoal na luta por um emprego; profissionalização para um mercado cada vez mais competitivo; ponto de partida para viabilizar a independência financeira e conseqüentemente autonomia para criar seus filhos; incremento cognitivo através da aquisição de conhecimentos, capacitando-as para a nova função de mãe enquanto educadoras.

Em contraposição, nem sempre o signo “estudo” é valorizado pelas famílias cujas filhas engravidaram na adolescência, o que faz pensar novamente no impacto que isto pode ter para a vida futura das jovens. A opção do “abandono do estudo” foi priorizada, principalmente, por mães de famílias mais pobres, cujas mães também não estudaram, ou quando não obtiveram apoio dos companheiros (tanto nas situações em que estes não assumiram os filhos quanto nos casos em que eles não davam valor ao estudo).

A ideia de que o abandono do estudo esteve vinculado à necessidade de trabalhar para manter o filho, ou à necessidade de “cuidar” da gestação, fixa-se como argumento suficiente para explicar tal decisão de várias mulheres:

*Eu estudei até a 6ª série. E quando eu... Foi no tempo que eu engravidei dela que eu parei de estudar [...]. E eu não voltei a estudar ainda porque sempre eu trabalho. E eu não posso largar ainda porque eu tenho que escolher ou o trabalho, ou o estudo, né? (Adriana, 18 anos)*

No entanto, os significados que estão por trás de tal decisão nem sempre são óbvios. É claro, aí se percebe a liberdade da pessoa de escolher entre uma alternativa e outra, mas torna-se mister neste momento sublinhar, mais uma vez, que a inter-relação de que estudo e maternidade são coisas totalmente contrárias encontra seu correlato na junção dos vários elementos, explicáveis pelas condições do momento no qual se deu a gravidez.

Outro tema relevante para o entendimento da complexidade de fatores envolvidos na troca entre as gerações foi a questão do uso de contraceptivos e do planejamento familiar. O anticoncepcional, um recurso “moderno”, inscreve para as mulheres a possibilidade da opção quanto a ter filhos ou não. Mas há casos nos quais a proibição do uso de anticoncepcional fazia-se devido às normas do grupo familiar e religioso, pela compreensão de que a mulher não deveria utilizar esse tipo de recurso, ou por causa da falta de informação adequada. Como acentua dona Irene (63 anos):

*Eu tinha uma prima que morava em São Paulo. E quando ela veio, falou assim: ‘Ah, Irene, se você quiser eu mando remédio pra você, pra evitar’. Então, eu comentei com minha mãe. Ela falava assim: ‘Não, minha filha, não pode! Mulher não pode tomar, que senão esse remédio adoce, e não sei o quê’. Então, me fez aquele medo. (Irene, 63 anos)*

O mais comum entre as mães foi o entendimento de que o planejamento da gravidez é sempre referente à noção de evitar e prevenir novas gestações. Sobre isso, há outro aspecto a se considerar. Para Valsiner (2012), processos são desencadeados quando novas estruturas de controle social adentram em uma comunidade que tinha outras regras de comportamento. Para as mulheres vindas do interior e aquelas pertencentes a grupos religiosos prevalecem valores muito arraigados acerca do papel da mulher enquanto mãe. A proposta de um planejamento familiar para estes grupos provoca, de certa forma, uma revolução nos valores simbólicos que sustentavam suas posições até então.

É interessante observar a maneira como mães de diferentes gerações negociam e se apropriam da possibilidade de realizar um planejamento conforme seus interesses imediatos. Dois exemplos caracterizam essas mudanças: o de dona Iraci (55 anos) e o de Elena (30 anos), descritos a seguir.

Dona Iraci é uma migrante do sertão baiano, mãe de sete filhos, que ao se deparar em casa com quatro filhas e os respectivos netos, constata a necessidade de mudar seus paradigmas. Durante a entrevista, sua filha mais velha (Jacira) expõe seu desejo de ter mais filhos, mas sua mãe logo retruca:

*Elas me perguntam assim: ‘Mãe, por que a senhora fala que a gente só pode ter um filho?’ Eu digo: ‘Porque no meu tempo não tinha como não parir muito.’ E hoje em dia, não! Elas*

*parem se quiser! Tem injeção, tem comprimido [...], tem DIU, tem camisinha... Na minha época não existia, não, minha filha! Não existia mesmo! (Iraci, 55 anos)*

Já no caso de Elena, a pressão para engravidar era tanta que ela teve de se submeter a um tratamento. Sua situação não causaria estranhamento, não fosse pelo fato de que tinha apenas 17 anos:

*Pra ter meu primeiro filho, eu tive que fazer tratamento. Porque meu útero era infantil. Aí eu tomei, aí fazia tratamento no IPERBA [Instituto de Perinatologia da Bahia]. Eu tava com dezessete anos. Eu tinha cinco anos com ele. Quando eu fui morar com ele, eu tava com quatorze anos. [...] Aí eu via, minhas colegas todas já tinham filho, só eu que não tinha. Aí eu ficava doida: 'Ai, meu Deus, só eu que não engravidado, eu tô com problema!'. Aí comecei a fazer tratamento. (Elena, 25 anos)*

Na situação de Elena destacam-se três aspectos: o grupo de pares ao qual deveria adaptar-se; a cobrança geral devido ao tempo de convivência com o companheiro; e a impossibilidade de gerar. A solução para o seu caso vem de um recurso tecnológico, o tratamento para engravidar é o “instrumento” que o meio lhe oferece para adequar-se às demandas do seu grupo.

Esse tipo de tratamento aos dezessete anos é algo inusitado em uma sociedade que prega com tanta veemência a prevenção da gravidez na adolescência, bem como o controle da natalidade. No caso de Elena vê-se, então, o emprego do produto “planejamento familiar” adequado a uma meta totalmente oposta, contextualizada em seu grupo mais imediato de referência cultural.

Do ponto de vista da questão desenvolvimental, torna-se importante ressaltar o grande passo dado por ela ao agir na direção de enfrentar a tensão entre o ser mãe e o não poder ser mãe (lembrando-se da existência de uma limitação biológica que a impedia de realizar tal meta), pois tal dilema envolvia significações complexas, pessoais e coletivas. Numa ilustração de como atua o mecanismo da distância psicológica, (VALSINER, 2007) Elena foi capaz de superar as condições restritivas de sua existência cotidiana, acessando um “bem cultural” tecnológico moderno para lidar com as incertezas sobre a possibilidade de ser mãe.

Além disso, os casos de Iraci e Elena parecem corresponder ao que Certeau (2007) sugere sobre estratégias e táticas. O sistema de saúde propõe o planejamento familiar como principal estratégia do controle de natalidade; as filhas de Iraci referiram-se ao fato de serem acompanhadas assiduamente pelos agentes, os quais lhes fornecem orientações nesta direção, como relata Jacira (23 anos):

*Aqui, hoje em dia, existe agente comunitário. Tá sempre orientando [...]. E no tempo dela não tinha, né? Pra tá batendo de porta em porta, pra perguntar alguma coisa, se você tinha curiosidade. Aí de vez em quando, acho que tem duas vezes no mês, que eles passam por*

*aqui. E perguntam se a gente tá precisando de remédio, se a gente tá com alguma dúvida.*  
(Jacira, 23 anos)

Então, a partir do campo de significados atrelados aos conhecimentos derivados do contato com os profissionais de saúde, a ordem estabelecida é a de que mulheres podem ter menos filhos e mães adolescentes não devem engravidar. No entanto, Elena recorre ao planejamento invertendo a ordem estabelecida para mulheres de seu contexto, beneficiando-se da mesma opção, aproveitando-a como ferramenta cultural para alcançar seu objetivo.

Em relação aos cuidados durante o pré-natal, as mulheres mais velhas que residiam ou vieram do interior apontaram a ausência de recursos e serviços como principal impedimento para a realização de um acompanhamento durante a gestação:

*Foi... eu nunca fiz pré-natal... Nada. Quando dava de ter menino, andava direto na maternidade. Mas muitos nasceram em casa.* (Benta, 75 anos)

*Não existia. Eu nunca fiz pré-natal, de nenhum. Não, minha filha, lá não tinha negócio de cuidado, não. Era... chegou o dia, ninguém sabia se era homem, se era mulher.* (Abadia, 60 anos)

*Ah! Que! Não tinha pré-natal do primeiro! Não tive pré-natal do segundo, que tá vivo! Não tive pré-natal da terceira, que tá viva também!.* (Iraci, 55 anos)

Mães residentes em Salvador alegaram que, devido ao trabalho ou à distância dos serviços, também não faziam o pré-natal, como era o caso de Ada (62 anos): “*Não tinha cuidado nenhum, não. Que eu trabalhava muito, né? Assim, pra hospital, pra médico, esses negócios, não tinha.*”

Para aquelas que engravidaram ainda adolescentes, a ausência de acompanhamento deu-se pela demora em identificar e aceitar a gestação, ou pela dificuldade para dar a notícia aos parceiros ou familiares, acrescentando que a falta de recursos, até mesmo para condução, repercutiu no adiamento do pré-natal. Observou-se que a média do início do pré-natal aconteceu por volta do quinto mês de gestação:

*Então, assim... Quanto a isso, minha gravidez foi um pouco complicada, foi uma gravidez difícil... Porque, assim, não foi uma coisa planejada... Assim... Foi tanto que meu pré-natal eu comecei já era tarde...* (Elsa, 25 anos)

*Foi depois do 5º mês que a gente começou a fazer o pré-natal.”* (Daniela, 20 anos)

*Eu também iniciei meu pré-natal muito tarde, já tava com cinco meses, já. Procurava um lugar, não tinha vaga. Foi na época do carnaval...* (Elisa, 20 anos)

Constatou-se outra questão: o fato de realizarem o pré-natal, no caso das mulheres mais jovens e naturais de Salvador, não implicou em adequada assistência, devido à carência de recursos e profissionais nos postos das comunidades:

*A questão do pré-natal mesmo, eu procurei, fiz os exames, me orientando. E assim, o serviço não era muito bom. Foi só explicação mesmo com a enfermeira, o essencial. (Dirce, 18 anos)*

*Esse PSF [Programa de Saúde da Família] que tem, tanto o daqui quanto o do posto do Boiadeiro [...] é de acompanhamento familiar. Tem os agentes de saúde que visitam as casas [...]. Deveria ter um médico, sim. Por quê? Eles têm que acompanhar as gestantes, os hipertensos, pra tá atendendo essas pessoas numa necessidade de um exame que tem que fazer, né? Só que o médico não tem. (Carla, 44 anos)*

Por parte das gerações mais novas, o acesso aos serviços de saúde provocou alterações quanto aos cuidados com a saúde, com a concepção de prevenção às doenças ou mesmo na preocupação consigo mesmas. Enquanto as mais velhas nem se cuidavam, as mais jovens seguiram orientações de profissionais quanto à alimentação e atividades físicas: (REIS, 2010)

*Não, também não tive, não tive isso, não. Tudo natural! Mas supernatural mesmo!. (Irene, 63 anos)*

*Tinha não. Nada. É... Agora que tem essas coisas todas, né? Antigamente não tinha. (Lúcia, 66 anos)*

*Tinha de comer fígado, que contém ferro, para não pegar anemia... (Malu, 20 anos)*

*Eu era uma pessoa bem esforçada, eu andava bastante, no período em que eles mandavam andar bastante. (Dalva, 24 anos)*

No entanto, evidenciaram-se situações de vulnerabilidade, pois muitas delas, mesmo fazendo o pré-natal com assiduidade, passaram dificuldades na hora do parto por não terem a garantia de uma vaga nos hospitais:

*Não é todo mundo que tem carro pra tá pra lá e pra cá, né? É isso que acontece: às vezes, a mulher pare no ponto, como já tiveram várias que foram pro Caribé e voltaram, porque não tinha vaga, e terminou no ponto do ônibus, parindo. Já teve uma que pariu aqui no módulo policial, que mandaram da Tsylla Balbino para o Caribé. Quando a criatura chegou aqui, a dor apertou, mandaram parar o ônibus, a criatura teve o menino aqui no módulo policial. Dentro de um banheiro sujo. (Teresa, 62 anos)*

Outras dificuldades eram decorrentes do tratamento dispensado por profissionais, e ainda pelo sentimento de solidão naquele ambiente formal:

*Tava sozinha... eu fui sozinha. [...] A enfermeira ligou pro pai, pro meu marido... Aí deram recado lá... Aí ele pegou e veio. (Maíra, 20 anos)*

*E aí que eu fiquei mais desesperada. Aí levaram essa, e eu sozinha. Ficou eu só nessa sala. (Madalena, 40 anos)*

*Aí a única experiência ruim que eu tive foi a médica que me atendeu. Era uma pessoa muito grossa, né? Então aquilo me deixou, assim, já assustada. Você vai pela primeira vez em uma maternidade, encontra uma pessoa que não te dá atenção... Não te explica o que tá acontecendo. Graças a Deus que eu não tive nada! Ela fez um parto muito mal feito comigo. (Carla, 44 anos)*

*O pessoal parece que não tá lidando com gente, né? Que eu acho que não deveria ser desse jeito, porque, pra mim, o nascimento de um filho é uma coisa muito importante, né? E a gente como cidadão, acho que a gente tem o direito de ser tratado melhor, né, e de dar a vida ao filho num ambiente melhor. (Valéria, 34 anos)*

*Então é isso que eu acho, que hoje em dia as coisas são piores, porque também o pessoal não tá tendo mais paciência, o pessoal tá ganancioso, só quer dinheiro. Não tem mais aquele amor, não tem amor pela pessoa, pelas pessoas, e nem nada. [...] É muito diferente, eu acho que tá faltando amor, amor às pessoas, porque se tivesse amor, se tivesse carinho, não fazia o que eles fazem. (Teresa, 62 anos)*

As que tiveram os filhos em casa, mesmo em condições de extremo risco, referiram-se ao aporte das parteiras e outras mulheres da família na hora do parto ou nos cuidados do pós-parto:

*Naquele tempo tinha as parteiras em casa, né? Que pegava, fazia os partos... Foi em casa. É, era de lá mesmo. Era parteira formada. Era professora. Foi quem pegou ele. (Lúcia, 66 anos)*

*Minha avó era parteira. A mãe de minha mãe que pegava. (Conceição, 45 anos)*

*A experiência de minha mãe ser parteira foi ótima, né? A gente teve nossa intimidade com mãe, né? Minha mãe sempre fez parto, foi ótima como parteira. É como se fosse também... Ela tinha o material mesmo, né? Roupa, luva, esses cuidados todos ela tinha. Muito bom, apesar de não ser médica. Quer dizer, cada um de nós tem um dom dado por Deus, né? E ela fazia tudo isso e todos que ela pegou são vivos!. (Ada, 62 anos)*

O reconhecimento de que as mulheres da família tinham competência para tal tarefa foi um dado de muita ênfase nos relatos. Nas condições insalubres nas quais viviam, pois algumas dessas mulheres moravam na roça ou em palafitas na época em que tiveram seus filhos, ter um parto conduzido com eficiência e bem-sucedido era motivo para agradecer a Deus e comemorar com a família. Assim, o “saber da experiência” das mulheres mais velhas destaca-se como outro campo de

significados reforçado entre as gerações, motivo para preservar o respeito e consideração pelas mesmas.

E para finalizar, na ausência de qualquer tipo de apoio, da família ou de profissionais, evidenciou-se a força dos recursos simbólicos, como as lembranças, memórias afetivas evocadas na hora do parto, ou o apelo para a proteção do sagrado presente através das divindades religiosas. Dona Olga narrou que ela e a filha foram cuidadas no terreiro de candomblé; ambas ficaram recolhidas ali durante o pré-natal. No caso da filha, ela explica como se empenhou para realizar a “higienização” com a intenção de pedir bênçãos para a hora do parto:

*Essa parte aí já fui eu que preparei ela pra o dia dela ir... Duas limpezas que ela fez na época. Foram duas. Primeiro, no início, e já chegando mais perto eu fiz nova limpeza, com camisa branca. Foi. Tudo branquinho também. Aí já, já coube esta parte pra mim. Quer dizer, foi interesse meu. Aí já não foi da minha ialorixá. [...]: ‘Um ‘bori’ pra, vamos dizer assim, pra dar força ao anjo da guarda’. (Olga)*

*Quando eu fiquei sabendo que eu tava... Eu queria tirar... Eu cheguei a tomar um... que era pra tomar um remédio. Aí quando eu cheguei lá, o Caboclo disse que não era para eu tomar, não. Que poderia acontecer alguma coisa, que eu já tava com três meses já, e não tinha mais jeito, não. Aí eu não tomei, não. Aí eu deixei. (Malu, 20 anos)*

Mulheres de diferentes grupos religiosos referiram-se à fé em Deus e em Nossa Senhora para abençoá-las na hora do parto como nos exemplos a seguir:

*Mas a gente que leva nove meses passando tantas, tantas coisas, e se vê que Deus ajudou, que já está livre, já saiu aquela dor, Nossa Senhora vem e apaga a dor que a gente sente, né? Uma alegria, além de saber que não vou sentir mais aquela dor. E além de chegar quem nós estávamos tanto esperando. Com tanta preocupação, com tudo arrumado, tudo planejado, né? É muita alegria. Teve esse sentido de alegria. Nos dois sentidos: o sentido do sofrimento e o sentido de tá esperando o que chegou. (Abadia, 60 anos)*

*Essa bênção eu recebi, esse privilégio eu tive, porque, assim, tem muitas que têm e não sabem valorizar. Eu sempre digo que aquela mulher que tem o filho, e não sabe valorizar, é porque ela não sabe realmente o que é ser mãe. Que é um presente que a gente tem, né? Nós recebemos essa dádiva de Deus. E muitas ainda não despertaram o prazer e a importância que tem isso na vida de uma mulher. Né? Infelizmente tem muitas que ainda não conseguiram entender o que é, né?. (Carla, 44 anos)*

As mulheres de grupos cristãos reforçaram muito a ideia da maternidade como missão, exaltando a importância da experiência de tornar-se mãe. Ao mesmo tempo, ao assumirem o papel de mãe, expressam mudanças no sentido de maior consciência de si, como o caso de Carla. Em outros relatos, as mulheres destacaram a questão de que passaram a ser responsáveis por uma vida, como na fala de Dirce (18

anos): “*Foi assim, diferente, e veio uma vida, né? Uma vida que tá me trazendo muitas mudanças... que tá me fazendo crescer... e mudar de opinião. De algumas coisas que eu pensava antes, e que hoje é totalmente diferente...*”

Enfim, os relatos citados neste capítulo demonstraram a diversidade de elementos que compõem o entendimento das prioridades ou possibilidades através das quais mulheres utilizam-se dos recursos sociais, históricos e culturais para elaborar significados acerca do processo de tornar-se mãe.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Objetivou-se neste capítulo apresentar uma breve discussão sobre a importância dos aspectos sociais, históricos e culturais como orientação para a construção de significados no processo de tornar-se mãe, considerando-se a realidade de mulheres que migraram da área rural e outras que residem na periferia de Salvador.

Foi possível, a partir da análise de entrevistas narrativas, identificar cinco campos de significados que tiveram maior impacto na vida das participantes: o valor da “casa” enquanto espaço de abrigo e cuidado para com os filhos, na transição do campo para a cidade ou de um bairro para outro; a ênfase na importância do estudo para as gerações mais novas; a preponderância dos saberes tradicionais, transmitidos pelas mulheres de gerações mais velhas; a referência de valores ou entidades religiosas; e a apropriação dos saberes científicos através do contato com os serviços de saúde.

As vivências dessas mulheres sinalizam para a complexidade de elementos que envolvem a construção de significados no processo de tornar-se mãe em contextos de vulnerabilidade social. Da gestação ao pós-parto, em cada situação evidenciam-se os marcadores que as provocam na tomada de decisão, no enfrentamento dos riscos aos quais estão sujeitas, mas também nos processos de elaboração dos significados acerca da maternidade.

Mesmo submetidas a situações nas quais se sentem desqualificadas ou violentadas em seus direitos, essas mulheres buscam resgatar sua dignidade, afirmar posicionamentos pessoais e defender o valor e a beleza da experiência de dar à luz uma vida.

Não foi possível neste capítulo descrever a riqueza de detalhes implicados nas singularidades das elaborações feitas por cada uma delas individualmente, mas é evidente que se reconhece a importância de se valorizar cada experiência para se apreender com maior profundidade os aspectos qualitativos de suas vivências.

Vale ressaltar que as políticas públicas de atendimento às mulheres durante a gestação e o parto ainda precisam ser repensadas no sentido de atentar para as especificidades dos diferentes contextos nos quais estão inseridas, reconhecendo o

direito à assistência integral e a necessidade de respeitá-las em sua diversidade de crenças, valores e experiências.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, K. S.; ROSSETTI-FERREIRA, M. C. A Matriz sócio-histórica. In: ROSSETTI-FERREIRA, M. C. *et al. Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- BASTOS, A. C. S.; ALCÂNTARA, M. A. R. de; FERREIRA-SANTOS, J. E. *Novas famílias urbanas*. In: LORDELO, E. da R.; CARVALHO, A. M. A.; KOLLER, S. H. (org.). *Infância brasileira e contextos de desenvolvimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo; Salvador: Edufba, 2002. p. 98-133.
- BASTOS, A. C. S.; ALMEIDA, M. Making Meaning, Making Motherhood: An Introduction to the Motherhood Project. In: CABELL, K. R. *et al.* (ed.). *Making Meaning, Making Motherhood*. Charlotte: Information Age Publishing, 2015. p. 11-18. (*Annals of Cultural Psychology*, v. 1).
- CERTEAU, M. de. *A invenção do cotidiano I: as artes do fazer*. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- FERREIRA FILHO, A. H. *Quem pariu e bateu, que balance! mundos femininos, maternidade e pobreza: Salvador, 1890-1940*. Salvador: Centro de Estudos Baianos, 2003.
- MATTOSO, K. *Família e sociedade na Bahia*. São Paulo: Corrupio; Brasília, DF: CNPq, 1988.
- REIS, L. P. C. *Construção cultural da maternidade: a experiência de mães do Subúrbio Ferroviário de Salvador-BA*. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- SANTOS, J. E. F. *Novos Alagados: histórias do povo e do lugar*. São Paulo: EDUSC, 2005.
- SARTI, C. A. A família como ordem simbólica. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 15, n. 3, p.11-28, 2004.
- SOUZA, G. A. A. A formação de proles e criação de filhos na Bahia. In: RIBEIRO, I.; TORRES, A. C. (org.). *Famílias em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira*. São Paulo: Edições Loyola, 1995. p.191-215.
- VALSINER, J. Comparative study of human cultural development. In: VALSINER, J. *Cultures in Minds and Societies*. New Delhi: Sage Publications, 2007.
- VALSINER, J. *Fundamentos da psicologia cultural: mundos da mente, mundos da vida*. Tradução de Ana Cecília de Sousa Bastos. Porto Alegre: Artmed, 2012.

# 11

## ADOLESCENTE, MÃE E VIÚVA: ESTUDO DE CASO COM MULHERES DE UM BAIRRO POPULAR DE SALVADOR

Alessandra Daltro Santana  
José Eduardo Ferreira Santos

*Desvalidar o improvável! Desdenhar do inconcebível!*  
(O Teatro Mágico)<sup>1</sup>

Em 2005, a primeira autora deste capítulo recebeu o convite de uma organização não governamental para trabalhar no Nordeste de Amaralina – especificamente em uma região conhecida como Areial –, em Salvador-BA. A proposta era desenvolver naquele espaço um projeto junto às mães que tiveram filhos no período da adolescência.

O trabalho como coordenadora do projeto foi o ponto de partida para motivar o interesse por pesquisas, isso porque as diferentes maneiras de enfrentar um mesmo problema nos enchiam de curiosidades. Enquanto uma adolescente e sua família enfrentavam de uma maneira, outras lidavam de forma oposta com o evento da maternidade. A inquietação surgiu depois de perceber que, dentro de um mesmo contexto social marcado por violência, pobreza e ausência de oportunidade, uma mesma experiência, que é a maternidade na adolescência, pode ser enfrentada de formas diferentes. O trabalho contribuiu para descobrir toda a capacidade que elas tinham no enfrentamento do evento da maternidade inesperada.

.....  
1 Trecho da música “Transição”, composição de Fernando Anitelli.

O objetivo geral deste estudo consistiu, portanto, em caracterizar as diferentes trajetórias de mulheres que se tornaram mães na adolescência, identificando as estratégias de enfrentamento das quais elas lançaram mão para lidar com eventos críticos que ocorrem ao longo das transições-rupturas por que passam. O intuito foi demonstrar as diferentes possibilidades existentes naquele contexto estudado para compreender que é possível ser mãe na adolescência e encher essa experiência de significado, tornando-a rica, sendo possível até mesmo construir uma trajetória familiar estável, acadêmica e profissional – diferentemente do que alguns estudos demonstram, fazendo prevalecer a hipótese de que ser mãe no período da adolescência culmina exclusivamente em uma experiência negativa.

#### A MATERNIDADE ADOLESCENTE

A maternidade na adolescência é um evento complexo, no qual múltiplos fatores se encontram envolvidos. Além disso, diferentes significados são construídos ao longo da experiência desse mesmo evento por diferentes jovens.

A maternidade adolescente tem estado associada a impactos sociais como abandono escolar e outras rupturas típicas, suficientes para gerar estudos, programas e intervenções que venham a minimizar as adversidades ligadas às relações familiares dessas jovens e otimizar o atendimento a esse público.

Apesar de uma série de fatores considerados negativos, como a falta de preparação psicológica para ser mãe, questões financeiras e outras condições mínimas que a maternidade requer, alguns estudos mostram que a gestação e a maternidade adolescente associam-se a “fatores positivos, como maior responsabilidade da menina, [e] busca por condição socioeconômica melhor para oferecer maiores recursos à criança”. (DIAS; TEIXEIRA, 2010, p. 124)

Segundo Silva e Hutz (2002), esse período da vida adolescente compõe-se de “fronteiras” que nem sempre são regidas por regras, já que se trata da vivência de experiências e processos de cada sujeito na sua individualidade, isto é, o processo de formação de cada sujeito está diretamente ligado às interações disponíveis em contextos de desenvolvimentos acessíveis. Diante dessa concepção, é válido salientar que lidar com tal evolução da descoberta de si mesmo pode ser difícil para o adolescente que vive sua sexualidade ativamente, porém não consegue vivenciar as responsabilidades que essa experiência lhe impõe. Independentemente de conhecê-las ou não, as interações acontecem o tempo todo e influenciam o comportamento de muitos adolescentes.

No entanto, para outras mulheres, este evento não é visto com essa perspectiva negativa, apesar de sofrer inúmeras experiências de ruptura, trazendo consigo a vivência de muitas perdas significativas: não só a da ideia de curtir a juventude,

mas também a de certo ideal de família, que inspirava um papel social de mãe mais pautado na independência financeira ou mesmo no casamento, além de certo controle sobre o próprio corpo e sobre a própria vida.

Para diversos autores, o evento da maternidade no período da adolescência tem um caráter negativo; para outros, este evento tem outro ponto de vista, não que seja positivo, mas é um evento crítico que pode servir como uma oportunidade de amadurecimento, conforme aponta Takei (2012) em seu estudo sobre maternidade adolescente como uma experiência familiar.

Conforme Levandowski, Piccinini e Lopes (2008), as mães adolescentes podem relatar aumento da autoestima, maiores sentimento de orgulho e felicidade em relação à gravidez e à maternidade. Nessa concepção, muitas destas acabam por viver a gravidez de forma positiva, o que acarreta ações e práticas mais confortáveis para a criança e para a mãe, independentemente do que se venha a enfrentar, como a mudança do corpo, as noites mal dormidas, as atividades canceladas ou adaptadas para a nova realidade, entre outras mudanças que a maternidade pode representar.

Significar os eventos críticos que acontecem na trajetória da vida é fundamental para o processo de desenvolvimento do indivíduo. É importante levar em conta, numa análise dessa problemática, quais os recursos simbólicos nos quais as mães adolescentes se apoiam para ressignificar a própria experiência. Para Zittoun, (2004, p. 134, tradução nossa) “existem recursos simbólicos que podem auxiliar no período de transição e que se mobilizam no pensar, agir e representar o próprio futuro”. Essa construção de significado pessoal é a própria transição e seus componentes emocionais e corporais. As chamadas “formas desenvolvimentais” revelam um processo de encontro do sujeito com as incertezas que deve enfrentar, como o próprio futuro incerto: no caso deste estudo, a gravidez na adolescência. (ZITTOUN, 2004)

Para o desenvolvimento desta pesquisa, escolhemos a abordagem do estudo de caso como ferramenta metodológica, por tratar-se de uma metodologia que se relaciona com os imprevistos emergentes da prática, da observação participante e possibilita a ideia de uma configuração da experiência das jovens mães no contexto social escolhido, em um determinado período: as muitas mudanças, rupturas e continuidades presentes. (SANTOS, 2004)

Assim, no processo investigativo emergem diversos questionamentos: como é possível analisar a experiência de jovens mães de um bairro popular, em um contexto socioeconômico de pobreza, violência urbana e restrição de oportunidades de desenvolvimento em várias dimensões (educação, trabalho)? Que trajetórias se desenham a partir do momento de gravidez? De que estratégias de enfrentamento e reparação elas lançam mão ao longo dessas trajetórias? Que eventos críticos marcam essas trajetórias? Quais são os pontos de referência, os outros sociais, os

recursos materiais e simbólicos nos quais elas se apoiam para ressignificar a própria experiência? De que modo o fato de terem se tornado mães na adolescência afeta suas perspectivas para o futuro? De que modo se expressa a narrativa dessas jovens acerca da própria percepção do drama da existência, além das suas exigências elementares de felicidade, beleza, justiça e sentido da vida?

## RUPTURAS NO CURSO DO DESENVOLVIMENTO

No contexto estudado, são muitos os elementos da vida dessas jovens mães em estudo que acabam sofrendo rupturas com o surgimento da maternidade precoce.

Espinheira (2005), ao comentar sobre a teoria americana das “*Broken Windows*” (“Janelas Quebradas”: segundo a qual sinais pessoais e sociais de decadência, quando não corrigidos, prosseguem e culminam em desastre, abrindo portas para crimes sérios), assinala como, nesse contexto, todo problema é visto pelo ângulo de uma possível solução ou redução dos efeitos perversos. Porém, ressalta que esse pragmatismo tem sua vantagem e desvantagem: no primeiro caso, a forma decisiva como atuam em busca da solução do problema detectado; já a desvantagem coincide com a pressa em estabelecer relações, ou correlações, que efetivamente não se processam como causa e efeito no mais das vezes, sem uma relação direta.

A teoria das “*Broken Windows*” se torna adequada para o contexto em estudo, no qual o fenômeno da pobreza é uma constante. É uma realidade na qual as janelas estão constantemente quebradas. Para que serve uma janela? Dependendo da finalidade, existe um conjunto de necessidades que as janelas devem atender para poder desempenhar adequadamente a sua finalidade. Entre elas, podemos enumerar: visibilidade, dar clareza, renovar o ar ambiente.

O que foi rompido? As rupturas, para Pontes (2013), podem ser vislumbradas como ocasiões para a construção de uma nova estabilidade relativa, através do uso de recursos disponíveis em seus contextos sociais, que darão suporte a esse processo de transformação

Se por algum motivo essas janelas perderem essas funções que a elas são atribuídas, é evidente que consequências podem acontecer por um não desempenho adequado das suas funções, como a entrada da chuva, do vento forte, do barulho, de insetos e até mesmo quedas de lugares altos.

O mesmo acontece nas experiências das pessoas, expostas a situações de risco, dentro do contexto de pobreza que elas se encontram inseridas. É por meio dessas janelas quebradas, e que não são imediatamente consertadas, que são inseridos os diversos elementos que favorecem a ocorrência de sérios crimes. As famílias acabam oferecendo aos filhos, sem mesmo se dar conta do risco, um ambiente propício à marginalidade. A necessidade faz com que isso ocorra.

## METODOLOGIA

Este trabalho é um estudo de múltiplos casos, voltado para analisar, através de narrativas, trajetórias de vida de jovens mães que tiveram filhos na adolescência e que perderam seus companheiros e pais de seus filhos precocemente para a violência.

As participantes são jovens que fizeram parte de um projeto desenvolvido para adolescentes mães, dez anos antes da coleta de dados do presente estudo, no bairro do Nordeste de Amaralina, em Salvador-BA. Neste capítulo, as análises consideram dois dos casos estudados.

### *O contexto e as participantes*

No bairro do Areial, localidade escolhida para o desenvolvimento do estudo, a maternidade na adolescência é um evento muito comum. Parte da população é constituída de pessoas muito jovens, com baixo ou quase nenhum poder aquisitivo, vivendo do trabalho informal. Os pais que estão empregados são trabalhadores assalariados, biscateiros, diaristas, empregados domésticos e trabalhadores do mercado informal. Muitos jovens, adolescentes e algumas crianças também contribuem para a renda familiar atuando como vendedores ambulantes, carregadores de compras, faxineiros, balconistas, principalmente guardadores de carros, catadores de materiais recicláveis, entre outros. Outros vivem no ócio pelas ruas, em portas de bares, de casas de jogo. Nessas condições, jovens e adultos têm grande dificuldade de inserção no mercado do trabalho, entre outras razões, pelo baixo nível de escolaridade. São quase sempre egressas de escolas públicas que oferecem ensino sem a qualidade esperada pelas famílias.

Segundo Moreira (2008), esses bairros, que possuem índices de vulnerabilidade social elevados, apresentam um cenário de pobreza, baixa escolaridade e exacerbados índices de desemprego, de violência, de uso de drogas e de crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social. Esses itens, associados ou não, podem contribuir para a gravidez na adolescência

As oito jovens mães que participaram deste estudo engravidaram com idade entre 13 e 18 anos. Embora todas estivessem estudando no período em que engravidaram, apenas duas delas permaneceram estudando e concluíram o ensino médio, estando no momento cursando uma universidade.

Dentre as famílias estudadas, em sua maior parte a família é constituída apenas pela figura materna; apenas em dois casos a figura paterna era presente. Geralmente, essa mulher é a única provedora do sustento familiar e vive com uma quantidade insuficiente de dinheiro para o sustento familiar. Parte dessas mulheres desenvolve atividades domésticas em residências familiares e, para complementar o dinheiro, exercem atividade de reciclagem durante a madrugada.

A estrutura da casa onde essas jovens vivem geralmente é muito simples, com pequenos cômodos e com uma quantidade elevada de habitantes, fato que acaba favorecendo uma organização inadequada, resultando em um ambiente sem um mínimo de privacidade.

Para preencher o tempo livre, essas jovens costumavam frequentavam alguns cursos oferecidos por associações ou igrejas presentes no bairro. Faziam sobretudo cursos relacionados a atividades que pudessem gerar algum retorno financeiro, que proporcionassem conhecimento e habilidade para ajudar no sustento familiar, como cursos de cabeleireiro, manicure, depiladora, massagista, entre outros. Era muito comum escutar algumas delas dizer que só iriam fazer a inscrição no curso oferecido se fossem ganhar algum dinheiro. Era essa a expressão utilizada: “*Nunca na galáxia!*” – ou seja, elas jamais aceitariam uma outra possibilidade, a menos que houvesse a perspectiva de um ganho financeiro.

Essas meninas tiveram acesso ao universo da sexualidade precocemente, o que se deve, entre diversos motivos, à falta de privacidade e cuidado que os adultos tinham ao tratar desse assunto. Essas famílias compartilham entre eles espaços pequenos. Nesses ambientes as conversas entre os adultos fluem de forma natural e, por vezes, tais diálogos tratam de questões sexuais sem nenhum tipo de cuidado quanto às crianças e aos adolescentes ali presentes.

O cenário é marcado por muita pobreza e por violências de diversos tipos, muitas vezes na tentativa de sobreviver. Como a violência é tremenda, o uso de drogas é oferecido como uma fuga da realidade na qual todos os dias um parente, um amigo, ou um vizinho são vítimas. Muitas vezes, a pessoa que foi morta nem mesmo era envolvida no mundo do tráfico de drogas.

A vida é banalizada e a morte é uma constante aos olhos desses moradores; por motivos banais, a vida é retirada de um inocente. As pessoas partilham um sentimento de impotência, como se a única coisa que restasse fosse aceitar a vulgarização da violência e do homicídio, aceitando-se tudo calado, pois se reclamar, chorar ou mesmo mencionar o ocorrido, situações piores podem acontecer. A violência pode se estender para os outros familiares e amigos. Bastos, Alcântara e Ferreira-Santos (2002), em estudo realizado no Vale das Pedrinhas, no final dos anos 1990, afirmam que condições de violência são constantes em relatos dos sujeitos estudados e estes possuem condições diferenciadas de proteção.

Para muitos se coloca como necessário fugir do lugar de origem, o lugar onde tudo foi conquistado com tanto sacrifício: casa, móveis, plantas, animais, amigos, vizinhos, trabalho e familiares. É o fenômeno do desterro, descrito por Santos (2010, p. 243): “O desterro está presente na periferia de Salvador e se define pelo fato de que os jovens e demais moradores são obrigados a deixar seus espaços de trânsito após incidência da violência.”

As mulheres – as mães e as esposas – são as que mais sofrem, porque sabem que a morte é certa para os filhos e companheiros. Muitos são os casos em que elas imploram o perdão dos companheiros ou dos filhos. Muitas se humilham, pedindo que os chefes do tráfico não ofereçam drogas ou que não matem seus filhos – pedidos sinceros que são, por muitas vezes, ignorados.

A maternidade na adolescência é um evento recorrente nessa região, e nesta localidade é perceptível que, para certas pessoas, é encarado como um evento normativo, considerado por muitos como um fato já esperado na trajetória das adolescentes. Outra tendência observada é que este evento é, quase sempre, utilizado como ferramenta para fugir da própria realidade. Em diversos casos foram relatadas situações de risco, de violência na família de origem, e às vezes engravidar era, para algumas das entrevistadas, uma oportunidade de fugir daquilo que fazia tão mal a elas.

No presente estudo, quando as participantes tinham entre 25 e 28 anos de idade, optou-se por adotar como estratégia a entrevista narrativa, cuja condução foi favorecida pelos vínculos que construí na etapa anterior.

A análise e interpretação dos dados foi estruturada em diferentes momentos: o primeiro momento é a descrição dos casos e dos contextos familiares, incluindo jovens atualmente viúvas, casadas e solteiras, que passaram pela experiência da perda do pai de seus filhos por morte violenta; e um segundo, cujos resultados são contemplados neste capítulo, envolvendo a análise das estratégias utilizadas para o enfrentamento dessa realidade. Interessantemente, as participantes, por iniciativa própria, escolheram para si, como pseudônimos, nomes ligados a heroínas – era como elas significavam as princesas das histórias da Disney, sempre vitoriosas nos filmes, às quais atribuíam resiliência, força, coragem.

## DESCOBERTA DA GRAVIDEZ

Os relatos a seguir mostram como aconteceu a descoberta da gravidez das jovens mães em estudo, conforme descrito por aquelas mais atentas.

Para Rapunzel, a descoberta se deu de forma meio constrangedora, pois ela nem desconfiava que estivesse grávida. Quando estava na casa do namorado, a sogra a viu apresentando diversos episódios de vômitos durante o dia e, desconfiada, ficou observando. *“Eu nem sabia que estava grávida. minha sogra que me viu vomitando quase todos os dias e desconfiou. Ela me perguntou bem assim: ‘Você está grávida, é? Sua descarada!’”*

Apenas em um dos casos a gravidez foi descoberta por exames médicos, quando Cinderela foi fazer o exame de rotina para adquirir a próxima cartela de anticoncepcionais no centro de saúde do bairro onde fazia o planejamento familiar.

*“Descobri quando fui pegar os remédios. Como eu tinha parado de tomar, tive que fazer exames de sangue, ultrassom. Aí os exames deram positivos”.*

## IMPACTO SOBRE OS ESTUDOS

Durante as narrativas foi possível notar que, dentre as diversas consequências provocadas pela maternidade na adolescência, uma das principais está justamente relacionada ao aspecto educacional.

Percebe-se que, apesar de reconhecer por parte de algumas a importância do estudo para um bom desenvolvimento da trajetória materna, elas não conseguem persistir. Vejamos como esse processo acontece e que fatores contribuem para que essa falta de desejo de seguir os estudos.

*Não foi nem porque não tinha com quem deixar meu filho. Minha mãe sempre me ajudou, sempre olhou meus filhos pra eu trabalhar, pra estudar, até pra passear também, sempre minha mãe me ajudou, me apoiou. Estudei até o segundo ano porque eu quis, entendeu? Comecei a ficar cansada: trabalho, filho, casa, aí foi me desmotivando. (Bela)*

No caso de Rapunzel, o sentimento da “vergonha” diante da gravidez também ganha destaque nesse caso, mas observa-se a diferença na forma de enfrentar. Ela visualiza a escola como uma “promessa futura”. *“Eu ia para escola assim mesmo, grávida. Morria de vergonha, mas sabia que, se não estudasse, não poderia dar uma vida melhor à minha filha”.*

As dificuldades vão sendo enfrentadas a todo o momento, mas ela não desanima, vai lidando com cada uma, usando os recursos que encontra ou cria, e isso a diferencia dos outros casos – nos quais a adolescente desanimava antes mesmo de a dificuldade se apresentar.

*Passei a estudar a noite, depois que minha filha nasceu. Às vezes encontrava dificuldade de achar alguém para ficar com ela. Quando não encontrava ninguém, eu a levava comigo. Com muita dificuldade e com pouco apoio da minha família, consegui concluir, mas foi ela [filha] quem me deu forças para ir adiante. Desejo voltar à universidade assim que meu filho crescer, aos poucos vou voltar para faculdade que não consegui terminar. (Rapunzel)*

Algumas das entrevistadas relataram que quando desistiram dos estudos por causa da gravidez, a evasão delas não foi significativa para os professores e direção da escola. Jasmim diz: *“Aqui não tem isso de apoiar, não. Você estuda se quiser, professor e nem diretor fica atrás de ninguém, incentivando para permanecer os estudos, não”.*

Esse descaso não ocorreu no caso de Aurora. Aqui, a escola tem papel importantíssimo, é reconhecida como uma instituição central em suas vidas, apontada

como um lugar de relações de amizade e de cumplicidade com colegas e com professores.

*Alguns professores falavam que eu deveria ter aproveitado mais os estudos. Pelo fato de ser uma adolescente, poderia estar fazendo um aproveitamento melhor. Um futuro mais digno. Mesmo ocorrendo um descuido meu, que eu não desistisse de estudar. Eles se prontificaram em me dar apoio. Mas mesmo assim eu desisti. Até uma professora foi me visitar e até me incentivou a voltar a estudar. (Aurora)*

Os professores são vistos positivamente como incentivadores e orientadores dos alunos, não apenas em relação aos estudos, mas também com referência aos seus projetos de vida e à visão de futuro deles. Além disso, são apontados como pessoas com quem os jovens podem contar para dar conselhos e informações relevantes. (MATTOS; CHAVES, 2010)

Mesmo diante de todo o incentivo da escola, Aurora não consegue permanecer, pois se vê diante de uma necessidade maior, que é o sustento do filho. Há um desencontro no reconhecimento do apoio que teve dos professores e da família, e a atitude em permanecer os estudos.

*Sim. Eu que não quis mesmo. Eu achava que se eu estudasse não teria tempo para trabalhar. E quando eu voltasse teria que ficar com o menino. Então não haveria tempo para conciliar estudos, trabalho e maternidade. (Aurora)*

Observamos que aqui há uma multiplicidade e heterogeneidade nessas experiências (trabalho/estudo/cuidado com os filhos). “Parei no primeiro ano do ensino médio. Queria até voltar, mas quando chego do trabalho estou tão cansada. Sei que isto não justifica”.

É nítida a ambivalência entre o reconhecimento do valor dos estudos e o desejo de estudar. A verdade é que a realidade grita e, diante das dificuldades, cada um enfrenta da forma que consegue.

Infere-se, portanto, que muitas vezes a garantia do estudo não é sinônimo de um futuro profissional satisfatório, no que diz respeito às questões financeiras. O que está em jogo não é o diploma, o certificado. O importante é entender o valor do estudo para construir a própria vida, pois estudar, certamente, abre novos horizontes.

## IMPACTO SOBRE TRABALHO

Quando nasce um filho geralmente emergem nos pais e familiares novos modos de sentir, agir e pensar. Um deles é a responsabilidade em relação ao novo ser, que

passa a fazer parte de sua realidade. Em algum dos casos apresentados, esse sentimento é bem presente; em outros, acontece de forma menos intensa.

Diversos foram os aspectos que mudaram na vida dessas jovens mães após o nascimento do primeiro filho na adolescência e um desses aspectos foi a necessidade de uma forma de trabalho para ajudar no sustento do filho.

No âmbito da experiência de trabalho, associado com a vida escolar e com a familiar, esta vem sendo apontada como constituindo um dos condicionantes da inserção no mundo adulto para uma significativa parcela da população jovem em nosso país, especialmente aqueles que necessitam trabalhar para ajudar no sustento da família. (CAMARANO, 2004; SPOSITO, 2005)

Esse aspecto relacionado ao trabalho foi necessário em todos os casos, e esteve fortemente presente nas narrativas das entrevistadas, já que em cada caso aconteceu de maneira diferente. Vejamos essas trajetórias.

No caso de Bela, logo que o filho nasceu ela se viu diante de algumas dificuldades. Seu companheiro exercia a profissão de padeiro, mas devido a algumas demissões que aconteceram na empresa ele acabou ficando desempregado e Bela não trabalhava na época. Para o companheiro de Bela, conseguir outro trabalho não foi muito fácil.

Nos seus estudos, Santos (2005b, 2010) destaca que em periferias a forma de trabalho que os jovens realizam tem características hostis e precárias, similares às formas destacadas no estudo apresentado. No Nordeste de Amaralina-Areal, muitos moradores, para complementar o sustento da família, acabam fazendo algum tipo de trabalho informal, a exemplo da reciclagem de materiais reutilizáveis, em geral a partir da observação dos vizinhos que faziam esse tipo de atividade. Eles resolveram, então, fazer o mesmo: coletavam todo esse material pelos bairros próximos e depois vendiam para uma cooperativa que existia no bairro onde moravam.

*A situação se tornou mais difícil porque no momento ele ficou desempregado. Nós dois resolvemos ir reciclar para conseguir sustentar a casa e o bebê. Ele arranhou dinheiro, fez um carro com a geladeira, com aquela parte dentro, colocou roda e nós dois íamos reciclar, à noite ou de manhã, não importava, só não podíamos deixar a criança precisando do alimento nem a gente. Esse trabalho não tirou a nossa honra, não. (Bela)*

Santos (2005b) relata em seu estudo que os jovens da periferia, apesar de toda condição desfavorável – baixa remuneração e condições precárias de trabalho –, persistem na busca do sustento familiar.

Nem sempre esse tipo de trabalho informal apresentava um retorno financeiro satisfatório e às vezes eles retornavam às suas casas sem uma quantia necessária para oferecer ao filho o que realmente necessitava.

*Logo no início, só minha sogra trabalhava. Acho que fazia faxina, o dinheiro era bem pouco, mas dava, com dificuldade. Às vezes faltava alguma coisa. Quando acontecia de não ter nada para comer, esperávamos chegar o outro dia. Era raro. Mas já aconteceu. Para ajudar no sustento da família, eu faço rifas [bolão], saio pelas ruas do bairro vendendo bilhetes. Dá para ganhar um bom dinheiro. Tem dias que são melhores que outros. (Jasmim)*

Vejamos, a seguir, o que aconteceu com Aurora. Assim que soube da sua gravidez, ela decidiu procurar alguma modalidade de trabalho para conseguir recursos para o sustento do filho que aguardava. Sendo assim, iniciou um trabalho como babá. E assim fez: trabalhou até o nascimento do filho e depois retornou ao trabalho após três meses. Não era fácil para ela enfrentar as diversas dificuldades, mas encarou todas. *“Desejava que meu filho tivesse uma condição melhor. Além de fazer reciclagem, eu tomava conta de uma criança na casa de uma senhora. Juntava o dinheiro para fazer o enxoval, comprar as coisas para ele”*.

O mesmo aconteceu com Rapunzel: diante da maternidade e das necessidades que a filha ia apresentando, ela usava as habilidades que tinha, saía à procura de uma atividade remunerada e encontrava diversas, mas a principal que desenvolvia era a de manicure. *“Resolvi fazer unhas depois que minha filha nasceu, pois entendia que a responsabilidade da minha filha era minha e do pai dela. Além de fazer unhas, saía para vender produtos de dedetização pelas casas do bairro”*.

#### SIGNIFICADOS, NOVAS POSIÇÕES DE EU, EVENTOS CRÍTICOS, RUPTURAS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Ao longo da pesquisa desenvolvida, foi possível observar que, na trajetória de vida de cada entrevistada, elas constroem significados mediante o uso de alguns signos, diante do evento da maternidade precoce. Esses signos (VALSINER, 2012) acabam por inibir ou até mesmo incentivar a resposta da entrevistada diante desses eventos que ocorrem na própria trajetória, interferindo de forma positiva ou negativa na posição materna em questão.

Foi possível perceber, também, em alguns casos, o uso desses signos, principalmente quando elas tinham a maternidade como uma possibilidade de mudança, de esperança, tornando-se ela protagonista da sua própria vida. Tornaram-se, pois, capazes de agir diante das diferentes dificuldades que essa maternidade acabou repercutindo em suas trajetórias.

No entanto, observamos, também, em alguns casos, mesmo que de forma discreta, não exposta verbalmente pela mãe, o filho como signo inibidor, a chegada de um filho como um evento que não foi capaz de provocar na jovem mãe um desejo de que a vida se tornasse diferente, mas o contrário.

Não é o filho em si, mas as repercussões que a maternidade provoca. Isso é visível, principalmente no caso em que elas relatam que o filho não as impediu de estudar, pois tinham o apoio da família e do companheiro. Mas ela, diante da demanda que o filho exigia, não se sentia, por exemplo, em condições de enfrentar uma sala de aula.

Para a psicologia cultural, a experiência da pessoa imersa em um mundo social e cultural é prioritária na constituição do *self*. Valsiner (2012) valoriza em seus diversos trabalhos o conceito de *self* dialógico, que envolve um processo de relações dialógicas entre seus componentes, havendo, nessa dinâmica, uma centralidade da pessoa que ativamente se posiciona.

Diante da maternidade precoce, diversos eventos críticos acontecem na trajetória individual das jovens mães entrevistadas. Como visto, tais eventos estão relacionados à vida escolar, à necessidade de uma forma de contribuir para o sustento familiar através de um trabalho, à estabilidade da conjugalidade com o pai da criança. É possível perceber que diante de tais circunstâncias, após significá-las, as jovens se vêem exigidas a assumir uma posição pessoal diante desses fatos cotidianos.

Hermans (1993) propõe a noção de múltiplas ‘posições de eu’ (*I-positions*), que pode ajudar no entendimento dessas experiências maternas: “O eu flutua em posições diferentes, e mesmo opostas, e tem capacidade de dotar cada posição como uma voz, da mesma forma que personagens em uma história, engajadas em um processo de perguntar e responder, acordo e desacordo”. (HERMANS, 1993, p. 127, tradução nossa)

A teoria de *self* dialógico é pertinente para entender o fluxo de posicionamento das jovens diante dos eventos críticos que enfrentam: decidir, por exemplo; escutar ou não o pedido da mãe, da sogra ou do companheiro em relação ao aborto.

Aqui, cada entrevistada tem uma história para contar sobre sua própria experiência materna, a partir da sua própria expectativa e que pode ser comparada com as princesas dos contos tradicionais, conforme foram escolhidos os pseudônimos das jovens mães. Elas, assim como as princesas, constroem seus castelos, definem suas expectativas e vão buscando a cada dia responder, cada uma à sua maneira, ao desejo que carregam de serem felizes, de atribuir sentido às suas vidas.

Nesse percurso investigativo, foi possível perceber “diferentes posições de eu”: eu-mãe, eu-recicladora, eu-dona de casa, eu-doméstica, eu-esposa, eu-estudante, eu-viúva, eu-amante, eu-mãe solteira, eu-sonhadora, eu-sem sonhos... Percebeu-se também, durante as entrevistas, que dois aspectos tiveram destaque: 1) a maternidade como um evento capaz de impulsionar a vida e, conseqüentemente, as perspectivas diante do futuro, e o filho como recurso para alcançar os desejos, como instrumento para mover o que parecia quebrado, anestesiado; e 2) a maternidade como modalidade de se expressar dentro do contexto em que se encontra

– como nos casos de Rapunzel e Alice, que, diante da maternidade e das inúmeras dificuldades encontradas para concluir os estudos, conseguiram identificar ou criar estratégias para superá-las.

No entanto, foi possível também perceber em alguns casos que o oposto também ocorreu. O filho, não como possibilidade de provocar uma mudança na vida, como aconteceu em outros casos, mas como ocasião de desistir do que havia planejado como perspectiva para o futuro. Destaco o caso de Aurora, que, diante da morte violenta do pai do filho, sente medo de iniciar um novo relacionamento e receia encarar novas possibilidades em sua vida.

Mesmo com os diversos obstáculos, que são muito comuns de serem encontrados ao longo da trajetória de uma jovem mãe adolescente, elas conseguiram alcançar os resultados esperados, ou mesmo quando não mantinham expectativas. Para alcançar esses resultados, elas encontraram recursos importantes: apoio da família, do companheiro, da escola, dos vizinhos, igrejas, da rede social, posto de saúde, assistência médica adequada e, principalmente, considerando o posicionamento pessoal, a seriedade que tinham com as próprias exigências.

Foi perceptível, em alguns casos, que, mesmo sem um suporte adequado para enfrentar os diversos eventos traumáticos, algumas dessas mães conseguiram atingir os objetivos traçados e, para isso, lançaram mão de recursos. Dentre estes, podemos citar como principal a seriedade com os desejos que carregam de serem felizes, mas foi possível reconhecer, também como recurso utilizado por elas, a responsabilidade com o estudo, nos casos de Rapunzel e Alice. Por outro lado, observamos o desejo de ter uma família constituída, nos casos de Bela e Jasmim.

A estratégia de enfrentamento é utilizada não no sentido de consertar algo que foi rompido, quebrado. Durante as narrativas das entrevistadas é possível perceber que a maternidade na adolescência é encarada, na maioria dos casos, como algo que possibilita o conhecimento do próprio eu, da própria pessoa, proporcionando o entendimento de suas possibilidades diante dos fatos ainda não pensados, sendo capaz até mesmo de mudar o próprio futuro, alterando de maneira concreta as próprias perspectivas.

É nesse sentido que se fala de estratégias de enfrentamento, indo no sentido contrário ao de autores que veem a maternidade na adolescência como um evento, capaz exclusivamente de trazer prejuízos para a jovem mãe, tendo somente repercussões negativas. Evidentemente, quando considerada em larga escala, a maternidade adolescente envolve uma problemática que exige cuidado e proteção aos jovens, e a sociedade, suas instituições e os diversos profissionais envolvidos têm responsabilidade em sua prevenção e acompanhamento. Nosso ponto aqui é que é necessário olhar a experiência concreta das jovens mães como uma totalidade, para que não recaia sobre elas, ao lado de todas as dificuldades que enfrentam, o estigma

de “mãe-adolescente-problema”. A maternidade adolescente é uma realidade para milhares de jovens e reivindicamos para elas um olhar abrangente e não estigmatizante.

Nesse estudo, por exemplo, enfatizamos resultados alcançados através da busca do entendimento do significado que o nascimento de uma criança, que produz mudanças significativas, tem na vida de cada uma dessas mulheres.

*Meu filho é tudo, tudo para mim.* (Aurora, 28 anos, doméstica, mãe de um filho, viúva)

Conforme visto no decorrer do presente estudo, o que mais chama a atenção são as estratégias utilizadas pelas mães adolescentes para enfrentarem as consequências advindas do evento da gravidez. O enfrentamento se dá como possibilidade para a vida, como uma oportunidade de ascensão social, somente por um fato: o filho. Longe dessa justificativa, algumas delas consideraram que poucos passos seriam capazes de ter dado se não fosse pelo nascimento de um filho.

## CONCLUSÕES

*E o fim é belo, incerto, depende de como você vê.*  
(O Teatro Mágico)<sup>2</sup>

Ao analisar as diferentes trajetórias de desenvolvimento em mulheres que se tornaram mães quando adolescentes, identificando as estratégias de enfrentamento das quais elas lançam mão para lidar com os diversos eventos críticos que ocorreram e desenharam suas trajetórias, percebe-se que não se pode reduzir a uma única estratégia escolhida, nem mesmo a um único significado e tampouco a um único signo, pois a maternidade na adolescência refere-se a um evento complexo, no qual múltiplos fatores se encontram envolvidos.

O estudo procurou explicitar a forma como as jovens mães vivenciaram diversas esferas da experiência de vida ao longo desses dez anos, um processo mediado por relações dialógicas com outros sociais significativos. (MATTOS, 2013) Para melhor explicitar o entendimento, a abordagem se deu por tópicos, identificando sempre as diferentes maneiras como as mães se posicionam diante dos eventos críticos ocorridos nas trajetórias: eventos relacionados à descoberta da gravidez bem como aos eventos críticos relacionados ao trabalho e estudo e às estratégias de enfrentamento usadas por elas.

.....  
2 Trecho da música “O anjo mais velho”, composição de Fernando Anitelli.

A maioria das entrevistadas revelaram não ter sido planejada a gravidez, mesmo as adolescentes tendo conhecimento dos métodos contraceptivos, já que não faziam uso de nenhuma dessas técnicas ou o faziam de modo inadequado, o que torna claro que essa gravidez não pode ser considerada realmente indesejada por parte da adolescente, na medida em que havia algum conhecimento.

Contribuir de alguma maneira para o sustento familiar já era algo comum entre as entrevistadas e, com a chegada de mais um integrante na família, a contribuição, que era uma opção, passou a ser algo indispensável. A maternidade precoce fez com que essas jovens mães adentrassem mais precocemente o universo do trabalho, pois os pais sozinhos não eram capazes de satisfazer as demandas e carências de toda a família.

Diante da necessidade de um trabalho, a qualidade dos estudos acabou sendo afetada, já que a maioria delas não conseguiu permanecer e concluir o ensino médio. Mesmo com todo o apoio familiar, e até mesmo do companheiro, elas não conseguiram avançar nos estudos. Entretanto, duas delas percorreram uma trajetória diferente. Entenderam que, para construir um futuro diferente e realizar-se profissionalmente, precisavam ter conhecimento, o que só acontece quando os estudos são vistos de forma séria. E assim aconteceu, mesmo sem o apoio familiar em um dos casos relatados no estudo.

Em alguns casos não há um incentivo, nem por parte da escola e nem da família, para que essas jovens permaneçam na atividade escolar. Apesar de conferirem valor aos estudos, elas acabam ficando envolvidas com as atividades domiciliares. Algumas continuaram o relacionamento com o pai da criança, concluíram os estudos, conquistaram a casa própria.

A maternidade na adolescência trouxe para essas entrevistadas a possibilidade de enfrentar diversos eventos: desconfiança do companheiro em relação à paternidade, viuvez inesperada, perda da filha por falta de condições, evasão escolar, trabalho sem condições adequadas, dificuldade na educação dos filhos, ausência do apoio familiar, depressão, mudança de ambiente familiar, submissão à violência física, entre outros.

Para enfrentar cada uma dessas dificuldades encontradas ao longo da trajetória, cada entrevistada lançou mão de distintas estratégias. Para algumas dessas mulheres, a solução dos problemas estava depositada na escolha adequada de um companheiro, no apoio familiar, na seriedade com os estudos; para outras, na seriedade em relação ao trabalho, na construção de uma família. Mas, para a maioria, a estratégia foi a relação com o próprio filho. Foi o amor a este e a representação que ele tinha para essas jovens mães que as impulsionaram a desejar um futuro diferente e bom, cheio de grandes expectativas.

A maternidade na adolescência é considerada então como uma possibilidade, assim como qualquer outra, de atribuir significado à própria vida, fazendo com que a gravidez e seus desdobramentos possam ser tão significativos como aquela planejada, desejada pelo companheiro e pela família. Aqui foram apresentadas distintas experiências, sendo possível verificar que uma adolescente pode ser capaz de ser protagonista da própria história. E de ser ainda capaz de enfrentar os inúmeros eventos que causam consequências significativas na vida de uma pessoa, conforme os estudos apontam.

Quanto ao potencial impacto desta pesquisa, almeja-se que as implicações favoreçam a compreensão da maternidade na adolescência. Foi ainda possível fazer um estudo quanto aos significados atribuídos à experiência dessa transição a partir da narrativa de jovens mães, as quais puderam favorecer uma compreensão mais próxima desse evento e assim colaborar para a capacitação de profissionais que lidam no cotidiano com essa população. O presente estudo ainda representa um incentivo à elaboração de programas e projetos sociais que favoreçam um maior apoio a essas jovens.

## REFERÊNCIAS

- BASTOS, A. C. S.; ALCÂNTARA, M. A. R.; FERREIRA-SANTOS, J. E. Novas famílias urbanas. In: LORDELO, E. da R.; CARVALHO, A. M. A.; KOLLER, S. H. (org.). *Infância brasileira e contextos de desenvolvimento*. Salvador: Edufba, 2002. p. 97-133.
- CAMARANO, A. A. Os caminhos dos jovens em direção à vida adulta. *Revista do IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*, Brasília, DF, ano 1, ed. 1, 2004.
- DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p.123-131, jan./abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n45/a15v20n45.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2010.
- ESPINHEIRA, G. Violência e pobreza: janela quebradas e o mal-estar da civilização. *Caderno CRH*, Salvador, v. 18, n. 45, p. 441-470, set./dez. 2005.
- HERMANS, H. J. M. Moving Opposites in the Self: A Heraclitean Approach. *Journal of Analytical Psychology*, London, v. 38, n. 4, p. 437-462, Oct. 1993. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1465-5922.1993.00437.x>. Acesso em: 6 mar. 2020.
- LEVANDOWSKI, D.; PICCININI, C.; LOPES, R. Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 8, n. 2, p. 251-263, abr./jun. 2008.
- MATTOS, E. de. *Desenvolvimento do self na transição para a vida adulta: um estudo longitudinal com jovens baianos* / Salvador. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

- MATTOS, E. de; CHAVES, A. M. Trabalho e escola: é possível conciliar? A perspectiva de jovens aprendizes baianos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 30, n. 3, p. 540-555, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n3/v30n3ao8.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.
- MOREIRA, L. A. M. *Família e educação: olhares da Psicologia*. São Paulo: Paulinas, 2008.
- PONTES, V. V. *Construindo continuidade frente a sucessivas rupturas: estratégias semióticas de reparação dinâmica do self*. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, 2013.
- SANTOS, J. E. F. *Cuidado com o vão*. Salvador: Edufba, 2010.
- SANTOS, J. E. F. *Novos Alagados: história do povo e do lugar*. Bauru: EDUSC, 2005a.
- SANTOS, J. E. F. *Travessias: a adolescência em Novos Alagados*. Bauru: EDUSC, 2005b.
- SANTOS, J. E. F. *Travessias: a adolescência em Novos Alagados*. São Paulo: Ática, 2004.
- SILVA, D. F. M. da; HUTZ, C. S. Abuso infantil e comportamento delinquente na adolescência: prevenção e intervenção. In: HUTZ, C. S. (org.). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 151-185.
- SPOSITO, M. P. Algumas reflexões e muitas indagações sobre as relações entre juventude e escola no Brasil. In: ABRAMO, H.; BRANCO, P. P. (org.). *Retratos da juventude brasileira. análises de uma pesquisa nacional*. São Paulo: Instituto da Cidadania/Fundação Perseu Abramo, 2005. p. 129-148.
- TAKEI, R. F. *Transição para a maternidade em diferentes contextos socioculturais: a experiência de mães brasileiras no Brasil e nos EUA*. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.
- VALSINER; J. *Fundamentos de uma psicologia cultural: mundos da mente, mundos da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- ZITTOUN, T. Symbolic competencies for development transitions: the case of the choice of first names. *Culture & Psychology*, London, v. 10, n. 2, p. 131-136, 2004. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp>. Acesso em: 15 jul. 2015.



# 12

## MÃES DE JOVENS EM CONFLITO COM A LEI: SIGNIFICAÇÕES DE MATERNIDADE E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Marilena Ristum

Agnaldo Júnior Santana Lima

Andréa Sandoval Padovani

O adolescente autor de ato infracional, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), deve ser submetido a medidas socioeducativas, aplicadas e operacionalizadas de acordo com as circunstâncias, a gravidade da infração e sua capacidade de cumpri-las. A medida socioeducativa de internação (MSEI), prevista para as infrações mais graves, tem sido focalizada como objeto de estudos acadêmicos, especialmente pela importância que a sua efetividade assume nas propostas de superação das dificuldades relacionadas à violência que faz parte do cotidiano social. Nesse contexto, embora se afirme a importância da mãe para a socioeducação dos adolescentes, pouco se tem estudado a respeito de suas percepções, sentimentos e das formas pelas quais elas enfrentam esse processo. É nessa lacuna que se coloca o estudo de que trata o presente capítulo. A introdução a seguir abordará quatro aspectos considerados essenciais para a contextualização do estudo: maternidade, medida socioeducativa de internação, construção de significados e, com maior ênfase, recursos utilizados na transição pós-ruptura.

### MATERNIDADE

O lugar e a valorização da maternidade sofreram variações em diferentes momentos históricos e contextos culturais, atendendo interesses de ordem econômica,

demográfica, política, entre outros. (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2007) A definição de maternidade é ambígua, podendo ser entendida como um momento datado que envolve a gravidez e o parto, e também como uma ação em longo prazo, que envolve a maternagem e a educação dos filhos. Com a exaltação da maternidade, exalta-se também a responsabilidade da mãe pelos seus filhos, sendo que a mulher passa a ser vista como responsável pelo bom desempenho dos filhos, como também culpada pelos seus fracassos. (FREITAS, 2002)

O estudo de Chaves (2011), com mulheres que optaram por não ter filhos, exemplifica bem essas questões. A autora destaca o papel das ressignificações ao longo da vida sobre o ser mãe (e “não ser mãe”), considerando tal aspecto como um processo do desenvolvimento humano. Enfatiza que tal processo se refere à dimensão feminina do estar no mundo e de como questões sobre o “ser mulher”, pensadas socialmente, atuam nos modos de agir das mulheres, bem como na forma com que exercerão a maternidade.

Como no trabalho de Chaves (2011), as significações e ressignificações sobre o ser mãe também foram foco do nosso estudo, porém em um contexto em que as participantes são mães de adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação.

#### MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE INTERNAÇÃO

Com a promulgação do ECA, em 1990, foram estabelecidas medidas socioeducativas para os adolescentes que infringem a lei. Tais medidas devem se distanciar da punição, buscando promover a socialização e a educação, com vistas ao afastamento da vida infracional.

A medida socioeducativa de internação coloca o adolescente que praticou ato infracional considerado mais grave sob a custódia do Estado, privando-o de liberdade. O tempo de privação de liberdade é cumprido em uma Comunidade de Atendimento Socioeducativo (CASE), e não pode ultrapassar três anos.

Em consonância com o artigo 4º do ECA (BRASIL, 1990), a CASE deve oferecer serviços que efetivem os direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Por se tratar de privação de liberdade, o direito de ir e vir seria o único a não ser respeitado.

A MSEI é considerada a medida mais complexa entre as previstas na legislação, pois pretende a inclusão social via a exclusão do adolescente de seu convívio familiar e comunitário. Conforme previsto em lei, deve ser aplicada somente para o cometimento de atos graves, como os atos contra a vida. No entanto, esta não é a realidade das unidades brasileiras, em que os internos, em sua maioria, cometeram

atos considerados de pouco teor ofensivo, como podem exemplificar os dados do Levantamento Anual do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. (BRASIL, 2018) Os atos considerados graves, como homicídio e tentativa de homicídio, abarcavam apenas 10% e 3%, respectivamente. (BRASIL, 2018) Os demais eram crimes considerados menos graves, como roubo ou tráfico de drogas.

Por seu caráter socioeducativo, a MSEI requer um acompanhamento individualizado, adequado ao contexto social e cultural do adolescente, objetivando o fortalecimento de laços familiares e comunitários que o distanciem da vida infracional. No entanto, em grande parte das unidades socioeducativas do país, a MSEI acaba se impondo apenas como vigilância, controle, restrição e observação, o que a aproxima muito das instituições totais, nos moldes descritos por Goffman (2001).

Segundo Volpi (2001, 2002), o caráter punitivo, repressivo e coercitivo da privação de liberdade muitas vezes sobrepõe-se ao seu caráter socioeducativo e distancia a medida de seu verdadeiro objetivo, mantendo o adolescente em situação de vulnerabilidade ou o colocando em situações ainda mais graves, quando envolve o estigma que será vivenciado após sua liberação.

Nos casos em que a unidade consegue atuar de forma um pouco mais aproximada da proposta que a instituiu, como a unidade na qual a pesquisa foi realizada, a ação socioeducativa esbarra na descontinuidade deste processo após o cumprimento da medida, com a liberação do adolescente e seu retorno ao mesmo contexto que proporcionou o envolvimento infracional. (PADOVANI, 2017)

Para alguns pesquisadores e autores da área, (COSTA, 1997; PADOVANI, 2017; ZAPPE et al., 2011) a ruptura trazida pela internação, se cumprida em um contexto, de fato, socioeducativo, pode surgir como potencializadora de transformações e ressignificações sobre a vida infracional, transformando, principalmente, as possibilidades de um futuro distante desta trajetória, uma vez que proporciona, ao adolescente, refletir sobre seu projeto de vida e ser protagonista destas mudanças, sem se distanciar de sua realidade. Para a análise, o processo de construção de significados e o uso de recursos ao longo de rupturas-transições (ver Capítulo 1, neste volume) são componentes teóricos particularmente importantes.

No caso da condenação e do aprisionamento do filho na trajetória da mãe, tais recursos têm papel importante, pois auxiliam no processo de transição. Este processo está ligado à necessidade de elaboração, de construção de novos significados após uma ruptura, os quais possibilitam o acesso a alternativas, de modo a facilitar o processo de imaginar futuros possíveis. (ZITTOUN, 2003, 2012)

Entre os recursos apontados por Zittoun (2012), temos o institucional, relativo aos contextos sociais, entre eles os grupos de apoio, as instituições religiosas e os cursos voltados à preparação para situações específicas.

Estes recursos institucionais podem ativar relações interpessoais que possibilitam um espaço de compartilhamento de experiências e, através do diálogo, permitem certo distanciamento das situações, tomando-as em perspectiva. Estas relações podem envolver familiares, amigos, profissionais, entre outras pessoas que possam colaborar com o processo de transição diante da ruptura. (ZITTOUN, 2012)

Outro recurso importante é o semiótico, que envolve o conhecimento, a informação, os elementos culturais que podem estar presentes em filmes, livros, arte etc. Através da mediação destes recursos no processo de transição, o indivíduo pode se engajar em experiências imaginativas, distanciar-se das restrições do cotidiano e construir novas significações sobre suas experiências pessoais. (ZITTOUN, 2012)

Dentre os recursos ainda se encontram os pessoais, que estão ligados à capacidade reflexiva. Tais recursos são mediados pelas experiências pessoais passadas, ligadas a condições presentes, o que também possibilita o distanciamento necessário para a redefinição da situação presente. Estes recursos podem, inclusive, abrir espaços para que outros recursos sejam percebidos e utilizados nos processos de transição. (ZITTOUN, 2012)

Os recursos, segundo Zittoun (2003), atuam nas esferas externas e internas, sendo que as esferas externas estão relacionadas ao reposicionamento das redes de apoio social, tendo em vista que as relações sociais podem aumentar ou diminuir a possibilidade de protagonismo frente à situação de ruptura. Podem, ainda, proporcionar a aquisição, ao longo do processo, de competências, bem como potencializar as próprias interações sociais e ações frente à ruptura. Internamente, o uso de recursos pode permitir a regulação das experiências emocionais, mudando a forma como a pessoa vê as coisas e facilitando a construção de novos significados. É neste sentido que o uso dos recursos simbólicos possibilita novos caminhos possíveis para o futuro.

Gillespie e Zittoun (2010) referem que as coisas se tornam recursos, ferramentas, signos a partir da ação humana; ou seja, diante de uma ruptura, as coisas podem permitir a adaptação e a restauração a partir do uso que a pessoa faz delas como recurso. Conforme destaca Vygotsky (1991), as ferramentas são mediadoras da relação do homem com o mundo, e os signos atuam como mediadores das relações do homem com sua mente e com outras mentes. Portanto, o que diferencia um recurso não é o elemento cultural em si, mas como ele é utilizado diante de um processo de ruptura-transição.

Os conceitos teóricos acima referidos foram úteis para a análise e discussão dos dados, além de participarem da própria composição dos objetivos do estudo, os quais foram assim formulados: compreender as significações e ressignificações de maternidade de mães de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade, bem como compreender os recursos utilizados por estas mães nos momentos de ruptura-transição.

## O PRESENTE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma das unidades de Comunidade de Atendimento Socioeducativo de Internação de Salvador, Bahia. Esta unidade atende, em média, 70 adolescentes, de 13 a 19 anos, tanto em regime de internação como de internação provisória.

A instituição foi construída após a promulgação do ECA (BRASIL, 1990) e, por isso, apresenta características mais adequadas à proposta socioeducativa. Os alojamentos, chamados de “casas”, possuem dormitórios e áreas de convívio onde, além de ser o espaço de refeições, encontram-se TV, aparelho de som e outros equipamentos de uso coletivo. Nesta área são realizadas atividades em grupo, propostas pela equipe técnica ou pedagógica. As casas também possuem lavanderias, nas quais os adolescentes lavam seus pertences, e uma área descoberta para secagem de roupas e banhos de sol.

Esta unidade possui mais de 300 funcionários, incluindo administrativos, de serviços gerais, de segurança e equipes multidisciplinares compostas por profissionais de diversas áreas, que visam à reinserção do adolescente no convívio social, distanciando-o da vida infracional. Os profissionais de Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Direito se ocupam do atendimento psicossocial, enquanto os profissionais de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Nutrição atuam para garantir o direito à saúde.

O adolescente também é acompanhado pelos socioeducadores, profissionais com a função principal de estar com os adolescentes durante todo o tempo, garantindo sua integridade física e o bom funcionamento da unidade. Acompanham os adolescentes nas atividades internas e nas saídas para atividades externas.

O acesso à educação é garantido através de parceria com o município, com uma escola implantada na própria unidade. A educação também é garantida através de oficinas de arte-educação, como de pintura, artesanato, reciclagem, que envolvem tanto aspectos relativos à aprendizagem de possíveis futuros ofícios como aspectos culturais, psicossociais e até mesmo para o lazer.

O esporte, que está atrelado tanto à educação quanto à saúde e ao lazer, é garantido através de um profissional de educação física que promove futebol, vôlei, natação, xadrez, entre outras modalidades.

A profissionalização é promovida através de oficinas voltadas ao aprendizado de atividades laborais, como panificação, serigrafia, informática, arte em gesso e cimento.

A convivência comunitária se dá através de saídas externas e envolvem visitas a museus, teatros, cinema, parques, praias, reservas ambientais, projetos relativos ao meio ambiente etc.

A convivência familiar, que se insere no foco do nosso trabalho, é um dos aspectos que merece atenção, pois esta é proporcionada de forma distante da que é prevista em lei. O vínculo familiar é garantido, para a maioria dos adolescentes internos, através do contato telefônico realizado semanalmente, tendo em vista que grande parte dos adolescentes é advinda do interior do estado.

Vale destacar que, embora o estado da Bahia ocupe 564.733,177 km<sup>2</sup>, as unidades de internação se encontram localizadas a uma distância de cerca de 100 km entre si, nas cidades de Salvador, Camaçari (região metropolitana) e Feira de Santana, o que contraria o previsto na legislação (BRASIL, 2012) em relação à proximidade necessária do adolescente com sua família e comunidade, buscando fortalecer estes vínculos.

As visitas são permitidas em dias e horários estabelecidos, mas há certa flexibilidade quando se trata de familiares vindos do interior. Entretanto, a dificuldade financeira, a distância a ser percorrida (há municípios localizados a mais de 1.000 km da instituição), a rotina familiar de pessoas que trabalham, que têm outros dependentes que demandam atenção, entre outras questões, acabam por dificultar a presença de familiares na unidade e, portanto, impedem sua participação mais efetiva no cumprimento da MSEI.

Algumas visitas são promovidas pela Fundação da Criança e do Adolescente (Fundac), que arca com o deslocamento de alguns familiares até as unidades. Estas visitas ocorrem em eventos festivos, como no Dia das Mães, no Dia dos Pais e Natal. No entanto, nestes poucos momentos de participação familiar, pouco é possível fazer em termos de intervenções psicossociais, por parte da equipe, já que o tempo é utilizado para o convívio com o adolescente.

Nosso acesso às mães foi intermediado pela equipe técnica, que nos apresentou e facilitou a realização do convite para participar do estudo.

Participaram da pesquisa cinco (05) mães de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade. As mães foram contatadas a partir de sua identificação nos prontuários da instituição e sua participação dependia apenas de, diante do convite, manifestar disponibilidade e interesse em participar. Com nomes fictícios, segue abaixo breve descrição das participantes:

Luiza: 36 anos, casada, reside em Salvador, trabalha como diarista e é mãe de seis filhos, sendo que D., de 16 anos, cumpre MSEI há 11 meses por tentativa de assalto. Afirma que o pai do adolescente não se preocupa com a situação do filho, recaindo sobre ela todas as responsabilidades.

Shirley: 30 anos, casada, reside no interior da Bahia, trabalha como massagista e é mãe de três filhos, sendo que I., de 16 anos, é o mais velho e cumpre MSEI há seis meses por tentativa de assalto.

Mariana: 44 anos, separada, residia em uma cidade do interior, mas, após a condenação do filho R. G., de 15 anos, mudou-se para Salvador e abandonou o emprego de 14 anos como doméstica. O filho cumpre MSEI há nove meses por roubo. Possui outro filho, de 12 anos, que atualmente reside com os avós maternos.

Crislane: 41 anos, solteira, reside no interior da Bahia, trabalha como diarista, é mãe de B., de 17 anos, seu único filho, que cumpre MSEI há cinco meses por tentativa de assalto e porte ilegal de arma.

Rosa: 46 anos, casada, reside na região metropolitana de Salvador, mãe de cinco filhos, dentre eles, J., de 19 anos, o caçula, que cumpre MSEI há um ano por roubo e porte ilegal de arma. Apesar de ser casada, Rosa relata não receber apoio do marido; atualmente se encontra desempregada e afirma receber auxílio dos filhos.

Como instrumento para a construção dos dados foi utilizada a entrevista de grupo. Entendida como uma possibilidade de ampliar a situação de entrevista, a entrevista de grupo consiste em agrupar uma quantidade de pessoas (em geral, de 6 a 8) e argui-las a respeito de um determinado tema por um período de 30 minutos a 2 horas. (FLICK, 2009) Nesta modalidade, o entrevistador deve possuir habilidades tais como flexibilidade, objetividade, empatia, capacidade de ser um bom ouvinte e persuasão; assim, ele poderá impedir que participantes individuais ou grupos parciais dominem a entrevista e também poderá estimular membros mais reservados a se expressarem mais e emitirem suas opiniões, permitindo uma maior abrangência do tópico em questão. (FLICK, 2009) Além da possibilidade de aprofundamento das temáticas, a partir da discussão entre as participantes, há também a vantagem das trocas entre elas, que possibilitam maior riqueza de detalhes e auxiliam a lembrança dos acontecimentos a partir da escuta de outras histórias.

Inicialmente foi feito um contato com a direção da CASE para se obter permissão para a utilização dos prontuários, de forma a proceder à identificação das participantes. Além dos contatos oriundos dos prontuários, foi solicitado a alguns funcionários da CASE que informassem às mães que fossem visitar seus filhos sobre o encontro com os pesquisadores.

No contato com as participantes, foram expostos os objetivos da pesquisa e solicitada sua participação. Após o aceite, as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na entrevista coletiva, realizada em uma das salas da própria instituição e gravada em áudio, foram abordados os seguintes temas: criação dos filhos, manutenção da casa, relação mãe-filho, mudanças na relação após a condenação do filho, o que significa ser mãe e os recursos utilizados no enfrentamento da situação de privação de liberdade do filho adolescente.

Depois de leituras cuidadosas das entrevistas transcritas, procedeu-se à organização e análise dos dados, orientadas pelos pressupostos e conceitos da psicologia cultural, e direcionadas pelos objetivos do estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura cuidadosa dos dados da entrevista coletiva, e com base nos objetivos propostos para o estudo, foram extraídos dois grandes eixos temáticos: 1. significados de maternidade e 2. recursos utilizados no enfrentamento da situação de privação de liberdade do filho adolescente.

### *Significados de maternidade*

O foco nos significados de maternidade permite apreender as concepções das mães a respeito da maternidade, bem como as mudanças que sofrem essas significações com o sentenciamento do filho à privação de liberdade. Os significados de maternidade extraídos do discurso das mães compreendem: atenção e cuidado ao filho, apoio incondicional e renúncia, além de maternidade como uma dádiva divina.

Foi recorrente, no discurso das participantes, a noção de mãe como sendo não somente aquela que dá à luz um filho, mas também aquela que é responsável por sua educação e desempenho. De forma semelhante ao proceder das mães de meninas que sofreram violência sexual, no estudo de Viodres Inoue e Ristum (2010), as mães do presente estudo pensam que devem aumentar os cuidados dos filhos após a infração, significando, assim, a maternidade como **atenção/cuidado ao filho infrator**, como fica explícito na fala de Luiza: “*Quando o filho se encontra em situação de risco, a gente passa a cuidar mais, a dar mais atenção. Porque antes, não. Eu pensava em trabalhar... e ele ficava na casa do vizinho*”.

Também as mães pesquisadas por Medeiros (2015) apontam para o cuidado e o apoio como principais significados de família, objetivando dirigir os filhos para o caminho do bem.

O **apoio incondicional** e a **renúncia** estão bastante interligados. As mães dedicam grande parte de suas vidas para cuidar dos filhos: “*eu tô aqui há um ano e um mês nessa caminhada com meu filho*” (Rosa). A maternidade é vista como condição que requer apoio, independente das circunstâncias e do erro do filho: “*Eu lembro ele que eu sou a mãe dele, que eu tô pro que der e vier, não pra defender o errado, mas eu digo: eu tô aqui*” (Shirley). Em seu estudo, Mestre (2015) relata que o mito do amor materno na sociedade contemporânea, ao atribuir à mãe a responsabilidade pelo cuidado dos filhos, acaba, muitas vezes, por lhe impor essa dedicação.

Tal cuidado direcionado ao filho que está cumprindo MSEI frequentemente leva as mães a um distanciamento de outros filhos. Muitas vezes, estes ficam morando com outros parentes, principalmente quando residem no interior: “*Eu tive que abandonar o serviço, abandonar o outro [filho]. Eu acho que o daqui precisa mais de mim do que o de lá, porque o outro lá tá com mãe [a avó], tá com os parentes dele*” (Mariana).

Corroborando os dados da pesquisa de Medeiros (2015), na qual as famílias se referem à dificuldade de manter contato com o filho em MSEI, principalmente devido à distância entre o local de origem e a unidade de internação, neste estudo, as mães também relatam a necessidade de organizar suas vidas para estarem próximas ao filho e poderem participar mais ativamente de sua socioeducação, como afirma Shirley:

*Eu moro muito longe, eu moro em Jabaquara, que é um pouco longe daqui, no interior. A minha vida aqui é um pouco difícil, eu tenho meus meninos em si, que são pequenos, que têm 13 e 9 anos. Ai deixo eles com o padrasto [...] ai eu deixo eles, deixo os meus clientes. Ai fico, às vezes, na casa de parente. É muito difícil. (Shirley)*

Relacionamentos amorosos também foram desfeitos, principalmente quando o companheiro em questão não compartilha do cuidado e da atenção ao filho, como fica explícito na seguinte fala de Mariana:

*Terminei um relacionamento bom, com uma pessoa legal, que tem o mesmo trabalho, por um amor que ele não dava ao meu filho, não dava carinho, não dava nada, e até hoje ficou só por isso. E agora que arrumei uma pessoa de idade, que dá carinho, mas já não quero mais, eu disse a ele: 'agora nesse sofrimento eu não quero mais'. Porque eu só quero me dedicar a eles, os dois [filhos]. (Mariana)*

Outra manifestação de renúncia se dá quando as mães colocam as visitas aos filhos acima de qualquer outro compromisso, sejam estes relacionados ao trabalho ou à sua própria saúde:

*Todas as visitas que tiver, eu tenho que estar aqui presente. Às vezes dificulta muito, mas... eu faço o que eu posso. [...] Ontem mesmo eu ia pro médico [...], pra passar em uma consulta, por causa da minha diabetes, mas não fui. Pensei: se eu for no médico pra minha consulta, amanhã eu não vou ter dinheiro pra vir. Porque tudo a gente tem que esquematizar, tá entendendo? Ai eu falei: 'não, eu não vou pro médico [...] mas eu vou no grupo, falar de B., que vai ser excelente'. (Crislane)*

A maternidade também foi significada como sendo uma **bênção de Deus**, sempre associada a aspectos positivos, mesmo diante de dificuldades e situações complicadas, como a apreensão dos filhos:

*Ser mãe pra mim é uma dádiva, é uma bondade muito grande. Acho que ser mãe, eu acho que é uma das coisas melhores. Primeiro, pra mim, é servir a Deus e, depois, ser mãe. Ser mãe, quantas gostariam de ser mãe e não é (sic). [...] E eu tenho três. Eu agradeço a Deus, mesmo na situação que eu tenho passado. [...] É muito bom. (Shirley)*

Ao ser vista como uma dádiva, uma herança divina, a maternidade é significada como acarretadora de responsabilidades, cabendo à mãe a tarefa de educar da melhor forma possível: “*Ser mãe acho que é uma herança que Deus nos deu! Tem gente aí que quer ser mãe, e não tem como, e não consegue. Então é uma herança, né. Um ser que Deus nos deu para conduzir, criar, educar, da maneira possível*”. (Luiza)

### *Recursos utilizados no processo de transição pós-ruptura*

O uso dos recursos simbólicos pode apoiar o trabalho de reformulação e reorganização diante do caos e da incerteza trazidos por uma situação presente (ZITTOUN, 2003), como o fato de ter seu filho condenado, institucionalizado e privado de liberdade.

A apreensão do filho foi vista como um evento inesperado, causando surpresa e inconformismo. As mães relataram esforços e cuidados que tiveram na criação e na educação dos filhos, de modo que a apreensão as deixou em choque:

*A gente tem um filho, cuida dele, desde pequeno protege, ama, e tá ali defendendo, e vai correndo atrás, e, depois, quando a gente vê, para numa situação dessa. Então, eu não tô aqui murmurando, o meu Deus sabe, mas nós somos humanos, somos mãe (sic). Qual é a mãe que quer ver o seu filho num lugar desse? Nenhuma [...]. Coisa que eu nunca ensinei! [...] E eu nunca sabia, nunca, nunca, nunca me imaginei numa situação dessa. (Rosa)*

*No início eu me puni muito, eu fiquei doente [...] eu fiquei doente, eu não dormia, eu não comia, eu não fazia nada. Depois eu parei e pensei. Uma irmã me chamou a atenção: você está vegetando, abra teu olho que tu vai terminar morrendo [...] aí eu botei na cabeça: eu não posso me punir porque eu sei o que eu fiz por ele [...] e fiz muito, e se ele não seguiu o caminho bom, é porque ele não quis. (Lívia)*

A partir dos relatos, pode-se observar que a apreensão dos filhos foi um evento disruptivo para estas mães, um momento crítico e inesperado em que os modos de ajustamento contínuo delas foram interrompidos, demandando das mesmas processos de ajustamento e adaptação, as chamadas transições. (ZITTOUN, 2012, 2015)

Essa mesma necessidade de adaptação à nova realidade é relatada por Souza (2011), em um estudo com familiares de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Para as mães entrevistadas por Souza, a internação foi percebida como “*algo difícil*”, gerando um vazio ao qual precisam se adaptar, pois os filhos são descritos como protetores ou responsáveis pela “*alegria da casa*”. Já o estudo de Medeiros (2015) mostra o desconhecimento das mães sobre as medidas socioeducativas e o processo envolvido em seu cumprimento como um ponto importante de angústia diante da apreensão do filho.

Os relatos das mães evidenciam o uso de diferentes recursos para lidar com o processo de transição após a situação disruptiva representada pela apreensão do filho adolescente: recursos institucionais, interpessoais, semióticos e pessoais. (ZITTOUN, 2012)

### *Recursos institucionais*

Os recursos institucionais envolvem diversas instituições das quais as pessoas participam ao longo da vida, conforme aponta Zittoun (2012, 2016). Sua utilização pode ser percebida na fala das mães que referem ter buscado apoio no trabalho, na participação em projetos sociais e nas práticas religiosas como forma de superar a ruptura diante do aprisionamento dos filhos. Estas instituições se apresentam como recursos importantes para o reordenamento necessário ao processo de transição.

O **envolvimento com o trabalho**, muitas vezes, foi trazido como uma forma de evitar o estresse e de se manter distante das preocupações. Crislane disse: “*Eu enfio a cabeça no trabalho pro dia passar [...], em casa eu lavo roupa de ganho, passo roupa de ganho. Então eu ocupo todo o meu tempo com o trabalho*”.

Algumas mães afirmam sua **dedicação a projetos sociais**, em seus respectivos bairros, participando de cursos profissionalizantes ou atuando como orientadoras de adolescentes e mães, como relata Luiza:

*A melhor maneira que eu achei de amenizar a minha dor, não sei se é a correta, mas foi a maneira que eu achei, foi de expor a minha dor que eu passei, trabalhando dentro da minha comunidade, tentando dar uma visão melhor, tirando a visão dos adolescentes e das crianças do tráfico de drogas. Procurando implantar projetos para dar oportunidade pra que as crianças tirem aquela visão do tráfico, tirem aquela visão de fazer avião pra ganhar dinheiro [...]. Conversar com as mães, tá em contato direto com a comunidade, fazendo atividades, botando banda pra tocar, e as crianças teve (sic) aquele projeto de música ali, tá ali tocando e esquecendo que existe o tráfico de drogas, que existe a droga. (Luiza)*

Tais projetos sociais e cursos profissionalizantes são utilizados pelas mães como recursos institucionais. Dessa forma Luiza põe o foco na tentativa de melhorar o meio em que vive, tendo o objetivo de ajudar outras famílias para que não venham a passar pela mesma situação que ela. Rosa diz que participar de cursos profissionalizantes foi a forma que encontrou para parar de se martirizar: “*Aí comecei a participar dos projetos. De quê? Bordado, pintura, artesanato de flores. Hoje eu sei, faço arranjo, eu bordo em fita, eu bordo pano, faço ponto cruz, eu não fico lá deitada no sofá me martirizando, não*” (Rosa).

São recorrentes, no discurso das mães referências à importância da **espiritualidade** e **práticas religiosas** para enfrentar a situação pela qual estavam passando.

Shirley manifesta sua espiritualidade colocando a apreensão do filho como um ato misericordioso de Deus:

*[...] se ele estivesse em J., talvez ele estaria morto. Eu vejo também como um livramento de Deus, por mais doloroso que seja estar aqui. Mas como a gente sabemos (sic), o mundo das drogas tem dois caminhos: ou cadeia, ou a morte. Deus teve misericórdia pra que ele pudesse estar aqui. (Shirley)*

Rosa afirma, em vários momentos, sua ótica evangélica sobre a vida e os acontecimentos que vivencia como uma fonte de apoio para enfrentar situações difíceis: “*Eu já sou evangélica há 10 anos. Como eu sou evangélica, eu sei que tudo na minha vida é Deus, tudo que eu tenho é Deus. A minha família foi Deus que me deu. Tudo o que eu tenho é de Deus*”. (Rosa)

Os recursos institucionais possibilitam o acesso a diversas relações interpessoais que acabam por criar uma rede de apoio que pode auxiliar no processo de transição após a ruptura. (ZITTOUN, 2012) Esta rede envolve pessoas, como amigos, familiares etc. Quando esta rede é percebida pelas mães como importante para lidar com o processo de ruptura-transição, pode, então, ser utilizada como um recurso valioso.

Neste sentido, solicitar um auxílio prático de outras pessoas foi um recurso recorrente entre as mães, caracterizando uma **busca por apoio social**, marcadamente um recurso interpessoal no enfrentamento da situação. Familiares, colegas de trabalho, amigos, integrantes de grupos de apoio, estes são alguns exemplos de pessoas que forneceram apoio social, segundo relatam as mães. Rosa afirma que encontrou suporte nos outros filhos, que a ajudam e contribuem para o sustento do irmão: “*Quem me ajuda são meus filhos. Até aqui é um ano e meio, e quem me ajuda são meus filhos. Todos trabalham e ajudam o irmão, roupa, calçado, tudo o que necessita. Materialmente falando, meus filhos mais velhos me ajudam*”. (Rosa)

Mariana também buscou apoio com familiares, usando o telefone para ampliar as conversas com sua mãe e seus filhos: “*Eu passo mais tempo no telefone com mãe, com meus filhos*”. (Mariana) Saindo do âmbito familiar, Luiza relata a importância dos grupos de apoio, ressaltando a possibilidade de expor sua experiência sem medo de julgamentos:

*Então, poder desabafar sem crítica, você poder expor sua situação e saber que aquela pessoa, quando você der as costas, não vai lhe criticar. É por isso que eu gosto de participar destes grupos. Eu sempre participo do egresso, do grupo de terapia familiar, todos esses grupos eu gosto de participar. (Luiza)*

## *Recursos pessoais*

O uso de recursos pessoais remete à capacidade reflexiva diante de uma ruptura, o que possibilita o distanciamento necessário para maior compreensão da situação e, inclusive, maior percepção dos recursos disponíveis para seu enfrentamento. A reflexividade é construída a partir de nossas experiências pessoais passadas que, de alguma forma, permitem pensar a situação presente. (ZITTOUN, 2012)

Entre os recursos pessoais, a estratégia de **reavaliar positivamente** o contexto e os eventos é recorrente. As mães ressignificam de forma mais atenuada os comportamentos dos filhos, traçam paralelos com outros adolescentes que, por estarem “livres”, acabam sendo assassinados e consideram que, se não ocorresse a apreensão, seus filhos poderiam estar mortos, como mostram as falas de Rosa: “[...] *porque o meu filho tá vivo, porque muitos dos que ficaram lá fora já foi (sic), já desceram à sepultura. Tem mãe chorando hoje, mas não é porque tá vendo os filhos, é porque não está vendo mais*”; e de Shirley: “[...] *talvez se ele estivesse em J. [cidade onde morava], talvez ele estaria morto*”.

Estas declarações corroboram os dados do trabalho de Souza (2011), no qual as mães revelam sua “preferência” pelo filho estar na unidade em lugar de estar na rua, “aprontando”. A privação de liberdade os faz protegidos dos perigos externos e, assim, a internação garante a proteção que elas não conseguiram dar.

Coloca-se aqui, também, a consideração das mães a respeito dos benefícios da internação, ressaltando as possibilidades de futuro surgidas a partir da internação, como exemplifica a fala de Mariana: “*A minha alegria é que hoje meu filho [...] fala pra mim que vai sair daqui como aluno aprendiz, vai arrumar um serviço e que a gente vai ficar por aqui mesmo*”. (Mariana) É também com a expectativa de um futuro melhor que assim se expressa Rosa: “*Eu creio: meu filho vai sair daqui uma pessoa melhor*”.

Outra forma de reavaliação positiva inclui a avaliação da MSEI como justa, como destaca Shirley:

*Você tem que responder pelos seus atos. Cada ação tem uma reação. Como você reagiu desta forma, ia ter que ter uma revanche. Você tentou roubar. Então, você trabalhar, e você saber que trabalhou e chegar uma pessoa lá e pegar, de qualquer forma sabe que é doloroso. Então aqui você tá pagando por algo. [...] eu te amo, eu não vou desistir de você, mas seus erros você vai ter que pagar. Mas eu vou tá ali junto com você.* (Shirley)

Nessa mesma direção, as mães entrevistadas por Souza (2011) revelaram a esperança de que a internação, por um maior período de tempo, pode mostrar ao adolescente que existe a punição, mesmo na menoridade, pois muitos acreditam na impunidade discursada pela sociedade.

O **fortalecimento de laços afetivos** foi outro recurso pessoal relatado por todas as mães do presente estudo. Este fortalecimento é visto aqui como uma tentativa de resolução de conflitos interpessoais existentes entre as mães e seus filhos. Shirley afirma que, após a apreensão de seu filho, passou a se aproximar mais dele:

*Quando I. foi preso com 14 anos, foi quando eu me achei mais a I. A gente não era muito apegado. [...] minha avó criava I. e eu era muito afastada dele, muito, muito. A gente não tinha aquele amor, aquela coisa. Hoje em dia, não. Hoje em dia a gente brincamos (sic). Hoje em dia eu sou amiga dele, mas antes eu não era amiga, não. Antes eu era indiferente, porque ele não ligava para mim, eu também não ligava para ele, e aí foi indo, foi indo. Hoje nós temos uma amizade saudável. (Shirley)*

Pesquisa realizada por Aguiar ([20--]) com um adolescente e sua mãe mostra que os vínculos frágeis entre eles antes da internação e que participar das intervenções realizadas ao longo do cumprimento da medida socioeducativa possibilitaram fortalecer os laços afetivos, já que houve maior compreensão, por ambos, da necessidade de aproximação como recurso importante para a superação e o distanciamento da vivência infracional.

Diante da surpresa pelo acontecimento inesperado, as mães procuraram ressignificar os fatos, inclusive culpando a si mesmas pelo ocorrido, julgando-se ausentes, mesmo que por conta de ocupações do trabalho, necessário ao sustento do lar:

*Quando chega numa fase assim, adolescência, sei lá o quê, que teve um período que eu tava trabalhando numa casa, que eu deixei meu filho em casa pra tomar conta do filho dos outros e dormir no trabalho. Então, eu achei que ele se envolveu nestas coisas erradas porque eu deixei ele [...] porque eu achei, assim, que eu deixei meu filho entregue nas mãos dos inimigos, que ele acha que é amigo, pra poder ir trabalhar nas casas. (Crislane)*

A culpabilização ocorre mesmo quando não se encontra um fator ou evento específico que justifique a culpa, como explicitado na fala de Mariana: “*Aí também aquela coisa que a gente fica perguntando pra gente mesmo: onde foi que eu errei? Aí fico com aquilo na cabeça*”. Tal culpabilização, como apontado por Medeiros (2015), Munhoz (2017) e Freitas (2002), reflete a exaltação da maternidade que, no âmbito social, tanto promove a responsabilização pelo sucesso dos filhos como a culpa pelo seu fracasso.

Embora se tenha observado, de forma recorrente, a culpabilização de si mesmas, houve, de forma ambivalente, uma avaliação no sentido de se eximir da responsabilidade, como indica a afirmação de Rosa: “*Porque eu não tenho culpa, não sou eu a culpada. Eu sei que não errei, porque do mesmo jeito que eu criei os quatro, ele [filho em medida socioeducativa] foi criado*”. A **autoisenção de culpa** é uma estratégia que pode ter o objetivo de eliminar sentimentos estressores relacionados à culpa.

A estratégia de se **isolar** está na dimensão oposta à da busca de apoio social. As pessoas são vistas como julgadoras ou não acolhedoras e, por isso, muitas vezes são evitadas, como mostra a fala de Shirley: “*Eu sofro muito calada, porque não tenho com quem contar, tenho que chorar e às vezes mentir*”. O isolamento é relatado por Rosa inclusive no que se refere às relações com membros familiares: “[...] *eu choro escondido dos outros filhos, porque eles acham que eu não devo chorar*”. (Rosa)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diferentes repercussões da condenação do filho, as diferentes significações que as mães apresentam em relação à maternidade, bem como os diferentes recursos utilizados no processo de transição após a ruptura, representada pela condenação e apreensão do filho, refletem as diferentes histórias de vida experienciadas por cada uma das participantes deste estudo. Tal perspectiva pode contribuir para a compreensão da complexidade e da imbricação de diversos fatores no desenvolvimento e ajustamento do indivíduo.

Um novo olhar sobre a participação familiar, trazido por Munhoz (2017), propõe uma reflexão sobre o quanto as mães acabam por “cumprir” a medida socioeducativa junto com os filhos, ao lhes serem impostas atividades que devem ser cumpridas como forma de demonstrar sua participação efetiva na vida dos filhos. A presença familiar implicava “outros tantos sacrifícios: os responsáveis perdiam dias de trabalho, deixavam seus afazeres, deslocavam-se até o núcleo, precisavam apresentar atestados em seus empregos que denunciavam a situação de seus filhos”. (MUNHOZ, 2017, p. 113) A fala de Crislane, uma das mães de nosso estudo, mostra esse sacrifício quando diz que deixa outros compromissos, como, por exemplo, uma consulta médica para reservar o dinheiro do transporte para visitar o filho.

As mães, no estudo de Munhoz (2017), a partir da imposição, percebiam a participação e a presença como algo negativo e não como oportunidade e direito, conforme preconizavam as equipes das unidades. De acordo com a autora, esta participação é importante, desde que se respeite a realidade de cada uma destas famílias, com suas limitações e possibilidades.

Embora relatem sacrifícios, as mães do nosso estudo consideram sua participação na vida dos filhos, durante o cumprimento da MSEI, como algo positivo, como uma oportunidade de aproximação, de maior conhecimento das necessidades dos filhos e de compensar sua ausência anterior à apreensão. Estar presente durante a privação de liberdade mostrou-se, assim, uma oportunidade de convivência importante no resgate da relação mãe e filho e na experiência de afetividade que envolve esta relação.

Na fala das mães, é possível perceber os diversos recursos utilizados para lidar com a situação disruptiva trazida pela internação dos filhos. Também é possível verificar a sua importância no processo de transição, a partir de uma percepção que é perpassada por experiências individuais.

A identificação e compreensão dos recursos utilizados é de suma importância para melhor compreender a maneira como as mães de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de privação de liberdade manejam e buscam superar o processo de ruptura. Apesar de algumas semelhanças, cada mãe enfrenta a situação de modo próprio, fazendo uso de suas experiências, de seus conhecimentos e valores, enfim, de sua cultura pessoal e social na escolha de recursos mais funcionais, mesmo com poucas opções.

Finalizando, este trabalho pode ser visto, no aspecto prático das políticas da socioeducação, como uma contribuição à inserção de mães nessas políticas de forma mais exitosa, com a consideração de como experienciam a maternidade diante de eventos não canônicos, como a condenação e a reclusão de um filho.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, F. A. de. As influências da privação de liberdade na construção de projetos de vida. In: COSCIONI, V.; AGUIAR, F. A. de. (org.). *Projetos de vida e adolescência: retratos da socioeducação paulista*. Escola Nacional de Socioeducação. Brasília, DF: Universidade de Brasília, [20--]. No prelo.
- BARBOSA, P. Z.; ROCHA-COUTINHO, M. L. *Maternidade: novas possibilidades, antigas visões*. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 163-185, 2007.
- BRASIL. *Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.
- BRASIL. *Lei n. 12.594 de 18 de janeiro de 2012*. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2012.
- BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. *Levantamento anual SINASE 2016*. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.
- CHAVES, S. *Significados de maternidade para mulheres que não querem ter filhos*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- COSTA, A. C. G. da. *Pedagogia da presença: da solidão ao encontro*. Belo Horizonte: Modus Faciendi, 1997.

- FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FREITAS, R. C. Famílias e violência: reflexões sobre as mães de Acari. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 69-103, 2002.
- GILLESPIE, A.; ZITTOUN, T. Using resources: conceptualizing the mediation and reflective use of tools and signs. *Culture & Psychology*, London, v. 16, n. 1, p. 37-62, 2010.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001. Trabalho original publicado em 1961.
- MEDEIROS, F. C. de. *A inserção da família no processo socioeducativo de adolescentes em privação de liberdade*. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.
- MESTRE, S. de O. Amor só de mãe: drama e estigma de mães de adolescentes privados de liberdade (Parte I). *Zona de Impacto*, [S. l.], v. 1, n. 17, jan./jun. 2015.
- MUNHOZ, S. R. A voz das famílias e as vozes sobre as famílias em um núcleo de medidas socioeducativas em meio aberto. *MANA*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 109-135, 2017.
- PADOVANI, A. S. *Futuros (im)possíveis: trajetórias construídas por adolescentes e jovens autores de ato infracional*. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.
- SOUZA, L. A. de. *Da liberdade à privação: a significação de medidas socioeducativas para adolescentes e familiares*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultural) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2011.
- VIODRES INOUE, S. R.; RISTUM, M. Violência sexual contra a criança: estratégias de enfrentamento adotadas pelas mães. *Interamerican Journal of Psychology = Revista Interamericana de Psicologia*, Austin, v. 44, p. 560-570, 2010.
- VOLPI, M. (org.). *O adolescente e o ato infracional*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- VOLPI, M. *Sem liberdade, sem direitos: a experiência de privação de liberdade na percepção dos em conflito com a lei*. São Paulo: Cortez, 2001.
- VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1991. Trabalho original publicado em 1978.
- ZAPPE, J. G. et al. A internação de adolescentes em conflito com a lei: uma reflexão teórica sobre o sistema. *Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade*, Londrina, v. 5, p. 112-133, 2011.
- ZITTOUN, T. Imagining one's life: imagination, transitions and developmental trajectories. In: GONDIM, S. M. G.; BICHARA, I. D. (org.). *A psicologia e os desafios do mundo contemporâneo: livro de conferências*. Salvador: Edufba, 2015. p. 127-153.
- ZITTOUN, T. Life-Course: A Socio-Cultural Perspective. In: VALSINER, J. (ed.). *The Oxford Handbook of Culture and Psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2012. p. 513-535.

ZITTOUN, T. Living creatively, in and through institutions. *Europe's Journal of Psychology*, Geneva, v. 12, n. 1, p. 1-11, 2016.

ZITTOUN, T. *et al.* The use of symbolic resources in developmental transitions. *Culture & Psychology*, London, v. 9, n. 4, p. 415-448, 2003.

## AS POSSIBILIDADES DE PROTAGONISMO FEMININO FRENTE AOS SEUS PERCURSOS MIGRATÓRIOS

Brena Carvalho

A maternidade pode ser compreendida como uma construção psicológica e sociocultural complexa e dinâmica (ZITTOUN, 2015), cujos significados alteram-se ao longo do tempo e entre gerações. (BASTOS et al., 2015) Os capítulos agrupados nesta seção adotam, com maestria, a compreensão semiótica e culturalista de maternidade como fundamento básico e justificativa para analisar a experiência de gestação, parto e puerpério para mulheres brasileiras que tiveram seus filhos em cidades distintas de sua origem, e, assim, sob orientações culturais diversas, mas, também, relatam casos de mulheres que tornaram-se mães na adolescência em contextos de extrema pobreza e em situações nas quais estas têm os seus filhos privados de liberdade.

Sobressai o interesse pela investigação qualitativa e narrativa das trajetórias singulares de cada mulher e dos fatores psicossociais que atravessam e compõem o enredo das suas histórias de vida. Há, por parte das autoras, o esforço pela realização de um diálogo constante e profícuo entre as dimensões mais individuais e coletivas dessa experiência, esforço esse que, com certo tom de denúncia, lança luz sobre os caminhos para o desenvolvimento de uma consciência crítica a respeito da realidade feminina e das possibilidades de enfrentamento e transformação social.

Tendo em vista este aspecto, que me pareceu ser uma tônica comum a todos os trabalhos, buscarei tecer alguns comentários, seguindo o seguinte raciocínio:

- a) A imigração pode se configurar como um fenômeno extremamente ruptivo nas trajetórias dos seres humanos;
- b) A conformação de nossa sociedade a partir de uma lógica machista e patriarcal, e da subjetividade feminina a partir de uma lógica heterocentrada tornam mais tênues os limites entre as possibilidades de as mulheres tomarem decisões sobre as suas vidas de modo assertivo ou não;

- c) Essas mesmas lógicas conformam os processos de hiperresponsabilização das mulheres em relação à educação de seus filhos e, somadas à medicalização do corpo feminino, contribuem para a ocorrência da violência obstétrica;
- d) Esse tipo de violência, entre outras tantas, se conforma de modos diferentes a depender da classe e da raça das mulheres, estando as mulheres negras e pobres mais vulneráveis;
- e) O conceito de “empoderamento” e o paradigma da “justiça reprodutiva” podem servir como uma ferramenta importante para o desenvolvimento de estratégias individuais e coletivas de transformação social.

Os processos de migração podem desencadear momentos de potencial vulnerabilidade psíquica dada a necessidade do reestabelecimento dos laços sociais e da equalização entre as referências socioculturais nativas e do novo contexto em questão. Tais situações implicam em readaptações a nível individual, mas, também, no universo relacional das famílias e de seus ciclos vitais. (BECKER; BORGES, 2015) No texto “Ser mãe e migrante: as várias faces da maternidade em contexto estrangeiro”, Roberta Takei<sup>1</sup> denomina essas mudanças como processos de reorganização do *self* e utiliza a migração como uma metáfora para compreender não apenas a experiência de tornar-se mãe, mas também o próprio desenvolvimento humano.

As migrações podem se configurar como movimentos voluntários e involuntários, estando os primeiros associados aos projetos de vida conscientes e os segundos às situações traumáticas, como guerras e desastres naturais. (BECKER; BORGES, 2015) Entretanto, dadas as condições socioculturais de desenvolvimento das mulheres, os limites entre o que poderíamos chamar de uma migração voluntária ou involuntária muitas vezes tornam-pouco precisos.

Partindo de uma crítica às relações desiguais de poder entre homens e mulheres, Zanello (2018) afirma que a subjetividade feminina se constitui sócio-historicamente e a partir do que denomina como “dispositivos amoroso e materno”. De acordo com a autora, o dispositivo amoroso foi configurado nos últimos dois séculos e meio e, através dele, o amor – sobretudo o que advém das relações heterossexuais marcadas por uma assimetria de investimento afetivo (maior investimento das mulheres) – se tornou um ponto central para o processo de subjetivação feminino. Tal orientação acaba vulnerabilizando as mulheres, por fazê-las depositar, na possibilidade de serem escolhidas por um homem, um ponto de forte ancoragem identitária. Diante destas circunstâncias, muitas mulheres acabam se submetendo mesmo a relações

---

1 As citações de Roberta Takei; Zilma Lucia Silveira Velame e Camila Lisboa; Lílian Perdigão Caixêta Reis; Marilena Ristum, Agnaldo Júnior Santana Lima e Andréa Sandoval Padovani; Elaine Pedreira Rabinovich; Alessandra Daltro Santana e José Eduardo Ferreira Santos podem ser localizadas nos capítulos deste livro.

conturbadas, em função do medo que sentem da solidão e de terem as suas identidades femininas questionadas.

Não é o propósito, com base nas narrativas expostas ao longo dos capítulos desta seção, arbitrar sobre o grau de protagonismo exercido pelas mulheres participantes nos seus processos de escolha pela imigração. Entretanto, há que se destacar as decisões que foram tomadas em função dos seus companheiros, seja por conta de suas carreiras profissionais ou por eles serem estrangeiros. Em algumas situações, essas escolhas implicaram em condições em alguns aspectos desfavoráveis para as mulheres, a exemplo de Vânia, no texto “Mães brasileiras e filhos nascidos na Itália: duas realidades que se encontram”, de Zilma Lucia Silveira Velame e Camila Lisboa, que precisou refazer a sua graduação em Trento/Itália, e de Sílvia (TAKEI), que migrou para os Estados Unidos ainda sem dominar o idioma, ficando exposta a uma situação de extrema solidão ao longo do puerpério. Que grau de liberdade e autonomia essas mulheres tiveram para escolher permanecer em seu país de origem e vinculadas aos seus laços afetivos nativos? Ainda em relação às implicações do dispositivo amoroso, é importante indagar que chances teria Jacinta, no texto “Vivências da maternidade para mulheres do subúrbio de Salvador”, de Lílian Perdigão Caixêta Reis, de permanecer solteira após ter engravidado aos 15 anos de idade se o casamento foi colocado, por sua própria família, como a única coisa capaz de resgatar a sua honra e legitimidade?

Considerando o processo histórico de construção dos significados de maternidade, Badinter (1985) mostra que as altas taxas de mortalidade das crianças, no século XVIII, promoveram uma maior aproximação da criança do seio familiar e também a construção de um movimento social que visava à formulação de um novo papel social para a mãe. Desse modo, tendo-se em vista a promoção do cuidado e a reversão desses índices de mortalidade, a sociedade teria passado a estimular o estabelecimento de uma relação mais íntima e afetiva entre as mães e a sua prole, caracterizada, entre outros, pelo “carinho” e pelo suposto “*status maternal*”.

Diante dessas transformações, Bell (2006) aponta que a visão dominante norte-americana da maternidade, ao longo do século XX, também colocou sobre a mulher a responsabilidade quase exclusiva pelos cuidados da criança, e sobre a criança a necessidade de ser cuidada por sua mãe biológica. Essa visão foi denominada por Hays (1996 apud BELL, 2006) como “ideologia da maternidade intensiva”. Nesta, a mãe aparece como alguém que está exclusivamente centrada na criança, numa relação contínua e de forte envolvimento emocional, marcada pelo seu autossacrifício em função dos cuidados que a mesma deveria fornecer ao seu filho. Além dos cuidados mais básicos, como a alimentação da criança, atribuiu-se também às mães a responsabilidade por moldar os adultos que os seus filhos viriam a ser. É o dispositivo materno, conforme Zanello (2018) traduz, então, por esta concepção e pela naturalização, nas mulheres, de sua capacidade para cuidar dos seus filhos e das demandas domésticas.

A fala de Vânia (VELAME; LISBOA), quando sentiu que, após tornar-se mãe, não viveria mais para si, mas para possibilitar o crescimento saudável e feliz de sua filha, e das participantes do estudo “Mães de jovens em conflito com a lei: significações de maternidade e estratégias de enfrentamento”, de Marilena Ristum, Agnaldo Júnior Santana Lima e Andréa Sandoval Padovani, que questionaram os seus exercícios enquanto mães frente às infrações cometidas por seus filhos, dizem quão atravessadas são as subjetividades femininas pelo heterocentrismo, pela culpa e por sua hiper-responsabilização. Frente à ausência paterna naturalizada, por exemplo, é das mães que os centros de cumprimento de medida socioeducativa exigem e esperam, ainda que implicitamente, o acompanhamento. Residindo em lugares distantes das instituições e, muitas vezes, com recursos extremamente parcos, essas mulheres percorrem longas migrações, abandonam os seus empregos, os demais filhos e, muitas vezes, o seu próprio cuidado. Que chances teriam essas mulheres de escolherem outros percursos? Indo além, e passando à próxima questão, que chances teriam de arbitrar sobre os destinos dos seus próprios corpos?

O processo de medicalização fez do corpo feminino um objeto de conhecimento e prática subordinado ao domínio médico. Isto porque, ao focalizar o processo reprodutivo e a necessidade de controle populacional sobre o corpo das mulheres, a questão demográfica passou a ser considerada como uma questão ginecológica e obstétrica, instaurando, sobre as mulheres, um discurso higienista e disciplinador. (VIEIRA, 2002) A significação do parto enquanto um ritual fisiológico feminino e domiciliar ao longo do século de XVIII e a sua transformação em um evento médico e masculino por volta do final do século XIX trouxe uma série de implicações para as mulheres. Dentre essas, destacam-se a perda do seu protagonismo e a sua submissão a um modelo tecnocrático cujas evidências de eficácia não são cientificamente verificadas. (ZANARDO et al., 2017)

Ao longo da década de 1980, entretanto, multiplicaram-se os movimentos sociais pela humanização do parto, cuja denúncia maior recaiu, especialmente, sobre o que hoje se concebe como “violência obstétrica”. (ZANARDO et al., 2017) De acordo com a lei venezuelana sobre o direito das mulheres a uma vida livre da violência,<sup>2</sup> a violência obstétrica pode ser compreendida como aquela que deriva da apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde e que se expressa por meio de um tratamento desumanizador, medicalizante e patologizante. Implica, assim, na perda, por parte das mulheres, de sua autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, trazendo impactos negativos para a sua qualidade de vida.

2 Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>.

Foi possível perceber, ao longo de todos os trabalhos que trataram mais especificamente sobre as significações a respeito da gestação e do parto, que as trajetórias de muitas mulheres foram atravessadas pela violência obstétrica. Em relação a este ponto, Carla, participante do estudo de Reis, se queixa da solidão, da grosseria de sua médica, expressando o sentimento de não ter sido tratada como gente no seu processo de parto. De modo semelhante, a “Senhora de 100 anos” do estudo de Elaine Pedreira Rabinovich, intitulado “A in/forma/ta/ção da experiência e significado de ser/mãe”, afirma ter sentido que pariu como um cabrito, e Rosa, participante do estudo de Velame e Lisboa, como se estivesse num açougueiro. Nice, participante do estudo de Takei, por sua vez, queixa-se do fato de ter sido obrigada a parir com uma pessoa que não conhecia, obedecendo a um sistema de saúde estrangeiro, enquanto Lea (TAKEI) agradece pela sorte de ter dado à luz antes que fosse obrigada a se submeter a um processo médico de indução do seu parto.

Embora a questão de raça não tenha surgido como um elemento central de discussão nos capítulos desta seção, é preciso reconhecer que, embora a violência obstétrica possa atingir todas as mulheres, ela se manifesta de formas diferentes a depender desse fator. A população negra, conforme Lopes (2005) afirma, se encontra em condições especiais de vulnerabilidade em função de sua precária inserção social e por não ter as suas necessidades reais contempladas nas políticas públicas. Assim, as mulheres negras têm chances menores de passarem por consultas ginecológicas desde o início da gravidez e, assim, obterem informações corretas sobre o processo de parto e de amamentação. O menor acesso às práticas de analgesia também é verificado, além de elas apresentarem, como grupo, as maiores chances de terem filhos com 16 anos ou menos e gravidezes indesejadas. (LOPES, 2005)<sup>3</sup>

É necessário, portanto, reconhecer que a desigualdade social atravessa a subjetividade dos brasileiros e está relacionada não apenas à distribuição de renda, mas também a aspectos existenciais, aos modos como se estabelecem as relações sociais e às possibilidades de expressão política conferidas aos sujeitos. Trata-se de uma construção coletiva, cotidiana e que configura a possibilidade de convivência a partir de uma lógica de valores e crenças, com a condição de miséria e subcidadania de determinados sujeitos e grupos sociais. (SANTOS; MOTA; SILVA, 2013)

Considerando esse aspecto, é preciso dizer das situações em que as mães entulham lixo para que possam residir sobre ele, dão à luz aos seus filhos nos módulos policiais por não encontrarem vagas nas maternidades (REIS), dormem com fome por não terem comida ou rezam aos traficantes e policiais para que os seus filhos não sejam mortos, como apresentado no capítulo “Adolescente, mãe e viúva: estudo de caso com mulheres de um bairro popular de Salvador”, de Alessandra Daltro Santana

3 A esse respeito, ver também os capítulos de Emanuelle F. Góes e de Florita Cuhanga António Têlo, neste livro.

em coautoria com José Eduardo Ferreira Santos. É preciso dizer da falta de acesso a uma educação básica de qualidade e da dificuldade das escolas em propiciar suporte, estímulos e condições para que as adolescentes que engravidam prossigam com os seus estudos. (SANTANA; SANTOS)

As facetas das experiências femininas trazidas nestes trabalhos dialogam com as trajetórias de maternidade de mulheres que se encontram em situação de extremo sofrimento psíquico e que foram analisadas em meu trabalho de tese. (CARVALHO, 2019) Isto porque as duas participantes do estudo, Maria e Rosa, assim como as participantes do estudo de Reis, migraram de cidades do interior da Bahia para as comunidades urbanas mais pobres da cidade de Salvador; tiveram, assim como as participantes do estudo de Santana e Santos, suas primeiras gravidezes ainda bastante jovens (Maria com 18 e Rosa com 15 anos). Maria, assim como participantes do estudo de Takei, vivenciou a violência obstétrica. Rosa, assim como as mulheres do estudo de Ristum, Lima e Padovani, embora não tenha vivenciado a medida socioeducativa de restrição de liberdade, teve um de seus filhos assassinados de forma bruta por policiais. É evidente, na trajetória de ambas, as marcas da ausência paterna e da extrema falta de recursos financeiros e sociais. Entretanto, há, nas falas de Rosa (CARVALHO, 2019), em função de sua inserção em movimentos sociais, a construção de uma linguagem política acerca do seu próprio sofrimento e que abre caminhos que parecem ser mais potentes em relação ao empoderamento feminino.

Embora não seja possível identificar uma definição única a respeito do empoderamento, sabe-se, consensualmente, que se trata de um conceito que emerge das *práxis* sociais transformadoras e que diz sobre um fenômeno processual que se dá a nível individual, mas, principalmente, coletivo, e que desafia as estruturas desiguais de poder. Envolve, assim, o desenvolvimento de uma consciência crítica sobre as condições sociais e políticas que conformam uma dada realidade, de sentimentos como a autoafirmação e a autovalorização e de ações que possam subverter situações opressivas equalizando as possibilidades de existência. (BERTH, 2018; SARDENBERG, 2012)

No caso dos processos de empoderamento feminino, implica, ainda, no reconhecimento das opressões de gênero dadas por uma ordem patriarcal que, entre outros subprodutos, resulta na perda, por parte das mulheres, do controle sobre os seus próprios corpos e decisões de suas vidas, das suas possibilidades de autonomia e autodeterminação. Sobre esse aspecto, Sardenberg (2012) enfatiza a necessidade de que as mulheres sejam convencidas sobre os seus direitos de igualdade, dignidade e justiça, e de que as situações de violação, de abandono e de decisões unilaterais e masculinas não devam seguir determinando as suas vidas. Trata-se, pois, do desenvolvimento de habilidades que vão desde o nível da assertividade individual à conformação de formas de resistência coletiva. Além das dimensões cognitivas, psicológicas e políticas supracitadas, Stromquist (2002) refere ser importante considerar, também,

a dimensão econômica cujo enfoque se dá sobre a capacidade de as mulheres gerarem recursos econômicos de forma independente.

A escolha não normativa por profissionais não médicos para a realização do parto (TAKEI), por contextos religiosos que dignifiquem a experiência de parir (REIS), pela continuação dos estudos mesmo diante do nascimento de um filho no período da adolescência (SANTANA; SANTOS), pela superação das dificuldades materiais para o acompanhamento dos filhos que cumprem medidas socioeducativas de internação (RISTUM; LIMA; PADOVANI) mostram que, individualmente, as mulheres realizam enfrentamentos importantes. O esforço para a construção e fortalecimento dos laços sociais e comunitários (RABINOVICH), de estratégias, como a promoção do aleitamento materno nos contextos de trabalho (TAKEI), e da construção de sistemas de saúde mais humanizados (VELAME; LISBOA) também se colocam como exemplos extremamente ricos, embora mais setoriais, de enfrentamentos coletivos. Entretanto, ainda estão por ser construídos os alicerces culturais para o desenvolvimento de estratégias sociais mais amplas e continuadas para a superação das relações desiguais.

O conceito de justiça reprodutiva surgiu em 1994 a partir da realização da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo. Considerado uma mudança de paradigma, o termo adveio das perspectivas femininas interseccionais e abriu espaço, no campo das demandas reprodutivas, para as noções de justiça social e direitos humanos. Admite-se, neste contexto, que as dimensões da raça, da classe, do gênero e da sexualidade conformam, integrativamente, situações diferenciadas de opressão reprodutiva, definida como as condições em que se dão, à revelia das mulheres e dos indivíduos, o controle e a exploração dos seus corpos, de sua sexualidade, força de trabalho e meios reprodutivos. (ROSS, 2006)

Trata-se, por assim dizer, de uma perspectiva que integra os direitos humanos individuais e coletivos, tornando possível compreender que a possibilidade de autonomia e protagonismo feminino em relação às questões reprodutivas está diretamente relacionada com as condições de sua comunidade como um todo. Não se trata, portanto, apenas de uma questão de escolha pessoal. Pode-se concluir, portanto, afirmando que para que as mulheres possam decidir, com autonomia, se terão ou não seus bebês e em quais condições, é imprescindível que haja, antes, a garantia de seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, desenvolvimentais, sexuais e de um ambiente seguro capaz de fornecer, simbólica e concretamente, suporte social. (ROSS, 2006)

## REFERÊNCIAS

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

- BASTOS, A. C. S. *et al.* I-Mother, the Caregiver: how a strong sign persists through semiotic self-scaffolding along life transitions. *In: CABELL, K. R. et al. (org.). Making Meaning, Making Motherhood.* Charlotte: Information Age Publishing, 2015. p. 279-308. (*Annals of Cultural Psychology*, v. 1).
- BECKER, A. P. S. ; BORGES, L. M. Dimensões psicossociais da migração no ciclo de vida familiar. *In: GUANAES-LORENZI, C. et al. (org.). Psicologia social e saúde: da dimensão cultural à político-institucional.* Florianópolis: BOSQUE CFH/UFSC, 2015. p. 10-23.
- BELL, S. E. Becoming a mother after DES: Intensive mothering in spite of it all. *In: FINA, A. de; DSCHIFFRIN, D.; BAMBERG, M. (ed.). Discourse and identity.* Cambridge: Cambridge University Press, 2006. p. 233-252.
- BERTH, J. *O que é empoderamento?*. Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- CARVALHO, B. C. B. de. *Maternidade e filialidade para mães em sofrimento psíquico e suas filhas: entre as delicadezas da experiência pessoal e os recursos de proteção social.* 2019. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.
- LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra. *In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (org.). Seminário saúde da população negra: estado de São Paulo.* São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. p. 9-48. (*Temas em Saúde Coletiva*, 3).
- ROSS, L. *Understanding reproductive justice.* Atlanta: SisterSong Women of Color Reproductive Health Collective, 2006.
- SANTOS, L. N.; MOTA, A. M. A.; SILVA, M. V. de O. A dimensão subjetiva da subcidadania: considerações sobre a desigualdade social brasileira. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 33, n. 3, p. 700-715, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a14.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2019.
- SARDENBERG, C. M. B. *Conceituando “empoderamento” na perspectiva feminista.* 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6848>. Acesso em: 5 ago. 2019.
- STROMQUIST, N. P. Education as a means for empowering women. *In: PARPART, J.; RAI, S.; STAUDT, K. (ed.). Rethinking empowerment: gender and development in a global/local world.* London: Routledge, 2002. p. 22-38.
- VIEIRA, E. M. *A medicalização do corpo feminino.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.
- ZANARDO, G. L. de P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociologia*, Belo Horizonte, v. 29, p. e155043, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2019.
- ZANELLO, V. *Saúde Mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação.* Curitiba: Appris, 2018.
- ZITTOUN, T. Imagining one’s life: imagination, transitions and developmental trajectories. *In: GONDIM, S. M. G.; BICHARA, I. D. (org.). A psicologia e os desafios do mundo contemporâneo: livro de conferências.* Salvador: Edufba, 2015. p.127-153.

## ENTRE O LUTO E O SOL NASCENTE: UM ENXOVAL DE VOZES CULTURAIS

Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima

Cada maternidade dialoga com um futuro. Cada cultura imprime no futuro da sua história elementos que integram, direta ou indiretamente, as suas vozes. Estas vozes, mediadas pela mulher gestante e pelas mulheres com as quais ela convive, vão fazendo eco entre a linha invisível do tempo. Um enxoval de vozes culturais. Ainda que o tempo não se conjugue na sua aparente subjetividade, tal como expressou Aristóteles (PIETTRE, 1997), o antes e o depois são componentes da circularidade gestacional e se projetam no nascimento da criança. Legatárias das vozes ancestrais, cada criança pode plasmar, mesmo anteriormente ao seu nascimento, as dimensões intergeracionais de cuidado, de similitude de atributos físicos, de dons que foram apreciados, de expectativas, de narrativas, de presenças que, embora ausentes, se vivificam na sua espera. Em algumas culturas, diz-se que a mulher grávida vai dar à luz. Incide a esperança na anterioridade do parto. Incide o futuro no fenômeno gestacional. A gravidez é, dentre muitas outras, também uma expressão da temporalidade, uma luminescência entre o corpo real e a transcendência da história que se ressignifica em valores e em desafios numa dada temporalidade cuja margem adota a corporeidade feminina para apontar um devir.

Enquanto fenômenos que se reeditam continuamente no tempo, a escrever a forma de cuidar e de acolher (ou não) a própria vida, a gestação e o parto vestem-se dos valores e das circunstâncias.

Quando discute o tema das mulheres e do desenvolvimento humano mediante a abordagem das capacidades, Martha Nussbaum (2000) articula e enfatiza os argumentos da cultura, da diversidade e do paternalismo enquanto um triângulo argumentativo que não nos permite ignorar as múltiplas formas que estes elementos tomam e as diversas maneiras que podem se projetar nas relações sociais, nas construções



singulares de escolhas das mulheres e nas respostas ocidentais ou orientais daquilo que vem a ser a condição da mulher em cada espaço do planeta. Quando discute sobre teorias de justiça social em relação ao lugar da mulher e da família, Nussbaum (2000) destaca os equívocos masculinos tanto em relação à dignidade da mulher quanto em relação a uma suposta tendência da mulher dar amor e cuidado como sendo da sua própria natureza. Desta forma, restam ignorados pelos teóricos, mesmo os mais progressistas, os papéis que têm a cultura, a lei e as instituições na construção e modelagem das emoções femininas. Estas emoções, portanto, são diferentes ao longo da vida de cada mulher e são diferenciadas, igualmente, diante da gestação e do parto. Há muitas geografias femininas projetadas no mapa cultural da gestação e do parto de cada mulher. Seja na Itália, nos Estados Unidos, no Brasil, seja na área rural ou na área urbana, seja em condição de migrante ou de residente, os bordos subjetivos e culturais do assegurar (ou não) a vida de um/a filho/a tem uma bússola que não está imantada no mesmo Norte. Há uma agulha ocidental que não é capaz de apontar a tela do nascer de forma igual. Há uma tela oriental que não é lida ou traduzida apenas pela força do Leste. Muito além de fronteiras físicas e/ou políticas, há níveis da temporalidade de cada cultura em cada grupo, em cada enxoval de estar, de pertencer, de integrar a maternidade e de considerá-la como valor. Incidem, além da cultura e do tempo, as condições objetivas da vida da mulher e do seu cenário concreto no tempo da sua gravidez.

#### ENTRE O LUTO E SOL NASCENTE: TIMOR LORO SAE

estes comentários advêm de uma outra lente para ver o Timor-Leste. Em tétum, uma das línguas deste país, o nome da ilha é Timor Loro Sae, que significa “sol nascente”. A lente foi ajustada em albas camadas de escritos na busca de cada sábado ou domingo, a partir de uma moldura construída ao longo de 2007 a 2009, quando, residindo e trabalhando em Timor-Leste, entrevistei mulheres mães que tivessem passado pela experiência da resistência aos indonésios entre 1975 e 2000. Embora estivesse a integrar, como consultora, uma atividade específica junto a uma agência da Organização das Nações Unidas (ONU), relativamente ao direito da criança neste país, assumi, no pacto interinstitucional que consolidou o projeto *Nascer não é igual para todos*, o papel de ouvir e registrar experiências timorenses de gestação e de parto. O conteúdo do material foi levantado ao longo do ano de 2008, sempre nos finais de semana, em encontros promovidos em Díli e em outros distritos, por mulheres que, na condição de manas parceiras, compreendendo a natureza da pesquisa, pudessem inspirar confiança pela sua trajetória solidária na resistência, e pudessem, igualmente, participar das diferentes entrevistas como tradutoras de macassai, fataluco, quémaqui, galóli e tétum.

A luta pela independência do Timor-Leste reuniu pessoas de diferentes distritos, línguas, culturas e religiões. Diante da perspectiva da autonomia nacional em face da presença de um adversário comum, muitos sacrifícios foram feitos pelos timorenses imbuídos do sonho de vencer a invasão indonésia no seu território. As mulheres que acompanharam seus maridos e levaram suas famílias para as montanhas enfrentaram incontáveis desafios de escassez de recursos. (NEVINS, 2005; SCOTT; CRISTALIS, 2005) Gestava-se uma ideia aglutinadora de resistência. Construía-se o parto da liberdade, da autonomia e da dignidade de um povo que fora invadido e submetido a outra cultura, a outra religião, a outro idioma, a outra autoridade.

Era a guerra que exigia estratégias, resiliência, escolhas e cobria de luto a parte oriental da ilha. Era a guerra que tingia de fome, de miséria, de horror e medo a ilha de cada família atingida e separada. Era a guerra, com seu enxoval de destroços e de tortura (CRISTALIS, 2009; GOMES, 2004), a devorar a infância, enquanto lhe impunha armas nas mãos, memórias de cabeças degoladas e orfandade. (SANT'ANNA, 1997; SOUSA, 2010)

#### A GUERRA TEM MÃE?

A experiência da maternidade traz um convite de futuro, mas a experiência da guerra desintegra o tempo. O ontem e o hoje se confundem em uma mesma fome: pedaços de inhome a serem arrancados à noite, desobedecendo ordens, desafiando o corpo que teima em crescer no ventre. A temporalidade, na guerra, é uma substância invertida, porque só finca o pé na emergência de manter-se distante do inimigo para não vir a ser alcançado. Tempo de manter-se distante dos delatores. Tempo de aprender a falar a língua do invasor para não ser surpreendido. Proibição de falar português para não ter, como os demais, suas línguas ou cabeças arrancadas. A maternidade, em tempo de guerra, é o avesso da esperança, porque na guerrilha, na montanha, no mato, uma criança não pode chorar e correr. Nas aldeias, uma criança é mais uma boca, é mais um par de pernas que pode ser usada na *cerca de pernas*<sup>1</sup> das crianças capturadas para servir de escudo ao inimigo. Vivendo entre timorenses no período da ocupação da Indonésia, Felgueiras e Martins (2006) contam suas histórias e a dos seus pares. Como fugir para os abrigos com as crianças que não podem correr? Como cavar esconderijos com as crianças? Quem é o inimigo na guerra? Quem pariu a guerra? A guerra tem mãe?

Na sua introdução ao livro de Jardine (1999, p. 7, tradução nossa) Noam Chomsky registra:

.....  
1 Expressão que se refere ao modo como as crianças eram colocadas em alinhamento, umas com as outras, sendo utilizadas como cerca de proteção para que os indonésios não atirassem em determinado grupo durante a resistência.

Nos anais do crime deste século terrível, o ataque da Indonésia contra Timor-Leste alcança um alto escore, não apenas pela escala em que se deu – talvez o maior número de mortos extensivo à população desde o Holocausto –, mas porque teria sido tão fácil impedi-lo e colocar um ponto final a qualquer momento.

Em Timor-Leste, a gestação, tradicionalmente, era motivo de celebração entre mulheres. Elas se apoiavam mutuamente e a mulher mais velha, sogra ou mãe, acompanhava, junto com a parturiente, todos os seus movimentos, “*porque a pessoa idosa tem sabedoria e é respeitada*”, destacou B., uma das mulheres entrevistadas. A mais velha, com mais experiência, fazia o parto em ritual de círculo de mulheres em torno da fogueira. O fogo tinha um sentido de aquecer a noite e, durante o dia, manter a panela com água e caldo. A mulher precisava de outras mulheres por perto. Foi assim o relato das mulheres entrevistadas. Nenhuma foi para o hospital, mesmo que uma delas fosse primípara e as demais tenham tido múltiplas gestações anteriores à guerra. Durante a resistência, porém, duas mulheres ouvidas trouxeram relatos diversos. Uma falou de ter parido sozinha no mato, escondida, abafando os seus gritos de dor, sem apoio nenhum, sem fogueira, porque tinha ido buscar alguma raiz para os outros filhos, e a dor começou longe do acampamento onde eles estavam abrigados. Uma falou de outra dor cujo relato foi tão doloroso de ouvir que foi quase impossível traduzir pelo peso e silêncio do amargo em cada palavra da entrevista.

As mulheres que pariram durante a guerra vivenciaram experiências de solidariedade e de cuidado entre si quando seus maridos e parentes estavam desaparecidos ou tinham sido levados e mortos pelos indonésios. Algumas pariram nas próprias aldeias, com a ajuda de representantes mais velhas desta rede de cuidados familiares e comunitários. É da cultura, como os tais tapetes tecidos com desenhos coloridos, que relatam e identificam a cultura de cada grupo.

Quando uma criança nascia na ilha, durante séculos elas não recebiam um nome. A mulher que fizera o parto, juntamente com as demais que acompanhavam e ajudavam a parturiente, começavam a chamar os nomes dos ancestrais do recém-chegado, nome por nome, para que não se omitisse nenhum. Era como uma forma de deitar proteção e inspiração *lulik*<sup>2</sup> na dimensão do sagrado para o recém-nascido. Somente poderia ser atribuído um nome à criança depois que todos os nomes, masculinos ou femininos, dos familiares que lhe antecederam, tivessem sido chamados em voz alta. Assim, quando recebia o seu próprio nome, a criança já estava protegida. Sempre se esperava mais um tempo de modo a não omitir nomes de ninguém para não dar sombra na criança.

2 A palavra *lulik* corresponde ao sagrado, a tudo que é de natureza superior ou mística.

Recorro ao primeiro quadro: *Massacre dos Inocentes*. Foi pintado bem longe do Sudeste asiático e em outro tempo. O pintor, o italiano Guido Reni, concentrado na riqueza histórica da pintura clássica, detalha, a partir da referência bíblica, as emoções que envolvem as mães com seus bebês diante da ameaça persecutória de matar recém-nascidos para alcançar Jesus, anunciado como o rei. Olho o quadro e me impacto com o detalhe extraordinário de uma mãe que segura o seu bebê, em pleno pânico. Há terror. É guerra.

Recorro ao segundo quadro: *Fome, loucura e crime*. Foi pintado pelo belga Antoine Wiertz em 1853. Cena de limite e dor. Olho o quadro e me impacto com a expressão alienada e de sofrimento mental da mãe que, com a criança no colo, lhe atinge na moldura das panelas vazias e do desespero. Há terror. É a guerra da fome.

Recorro ao depoimento de J., última mãe entrevistada. Ela não me olha nos olhos nem nos da mana que traduz o seu depoimento. Fala com menos força. Ela insiste que não foi a única e que muitas das mulheres, hoje morando no acampamento dos deslocados, na capital, também já fizeram. Ela está com aparência muito mais envelhecida do que a sua idade real. Algo comum na ilha. Algo comum para quem passou privações de todas as formas. Relata a sua gestação – depois de oito –, a única que foi no acampamento da montanha, quando acompanhava os filhos e o marido. Faltava comida e faltava roupa. Banho era raro, um ou dois por mês. Não havia roupas. As crianças andavam com pedaços de pano sobre o corpo. Tinham frio à noite. Quando os combatentes abatiam um soldado indonésio arrancavam-lhe o uniforme, que servia para os homens. Arrancavam do chão as raízes que podiam ser comidas. “*A fome, mana, é ruim*”, resume J. Não tem criança que viva com fome. Um dia foi caminhar para buscar um bicho para matar e comer. Era muita fome. O filho mais velho foi levado pelos soldados. Ela correu. Estava perto da hora de parir e não tardou: era ali mesmo, bem sozinha e sem nada. Pronto. Pariu. Ela não olhou nos olhos e nem quis ver a criança. Esperou tudo sair de dentro e abriu um buraco no chão. Usou as próprias mãos enquanto a criança chorava. Ali mesmo debaixo da árvore. Foi ali que deixou o filho vivo. Não quis olhar nos olhos dele, repetiu. Ela sabia que outras mulheres já tinham feito isto. Sabia que muitas fariam de novo. Ela queria era parar de sangrar, subir para o acampamento e ver os outros filhos. Estes estavam vivos, o bebê, não. Ela precisou matar o filho com terra por cima. Era menino, mas não queria que tivesse uma vida que nem era vida. Enterrou e devolveu à terra.

Foram muitos os casos de filicídio durante a guerra. Maternidade em condições extremas. Muitas mulheres, vivendo momentos dolorosos e complexos enquanto mães e militantes, vivenciaram suas escolhas. Entre as muitas histórias de heroísmo do povo timorense ainda há horrores para serem revelados em relação à maternidade vivida no anonimato e no luto, no sofrimento e na esperança.

Segundo Noam Chomsky, no prefácio que fez ao livro de Tanter, Klinken e Ball (2006, p. ix, tradução nossa):

A vitória do povo de Timor-Leste é uma conquista verdadeiramente impressionante. Não consigo pensar em um paralelo histórico para tal. É um testemunho notável do que o espírito humano pode alcançar diante de probabilidades avassaladoras e indescritíveis, uma conquista que deve inspirar esperança e humildade.

Muito pode ser feito para prevenir o filicídio. Muito pode ser feito para garantir a vida. Quanto mais violência, mais ainda se alimenta a mãe da guerra. Ela só parteja dor no horizonte. Melhor circular a construção de práticas restaurativas e contar as histórias para que o acervo da humanidade seja nutrido com a matriz da paz. É possível.

## REFERÊNCIAS

- CHOMSKY, N. Introduction. In: JARDINE, M. *East Timor: Genocide in Paradise*. Berkeley: Odonian Press, 1999. p. 1-8.
- CHOMSKY, N. Prefece. In: TANTER, R.; KLINKEN, G. van.; BALL, D. *Masters of Terror: Indonesia's military and violence in East Timor*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, 2006.
- CRISTALIS, I. *East Timor: A nation's bitter dawn*. 2. ed. London: Zed Books, 2009.
- FELGUEIRAS, J.; MARTINS, J. A. *Nossas memórias de vida em Timor*. Braga: Editorial A. O., 2006.
- GOMES, A. *As flores nascem na prisão: Timor-Leste*. Lisboa: Editorial Notícias, 2004.
- JARDINE, M. *East Timor: Genocide in Paradise*. Berkeley: Odonian Press, 1999.
- NEVINS, J. *A not-so-distant horror: mass violence in East Timor*. New York: Cornell University Press, 2005.
- NUSSBAUM, M. C. *Women and human development: The Capabilities Approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- PIETTRE, B. *Filosofia e ciência do tempo*. Tradução de Maria Antonia Pires de C. Figueiredo. Bauru: EDUSC, 1997.
- SANT'ANNA S. L. *Timor-Leste: este país quer ser livre*. São Paulo: Martin Claret, 1997.
- SCOTT, C.; CRISTALIS, I. *Independent women: The story of women's activism in East Timor*. London: Catholic Institute for International Relations, 2005.
- SOUSA, D. F. de J. de. *Histórias da resistência timorense*. Brasília, DF: Thesaurus, 2010.

PARTE III

# **A MATERNIDADE COMO EVENTO NÃO NORMATIVO**



## ANOTAÇÕES INTRODUTÓRIAS À PARTE III

Ana Cecília de Sousa Bastos  
Vívian Volkmer Pontes

A terceira seção deste livro trata da vivência do parto e da maternidade quando estes se configuram como eventos não normativos. São capítulos de muita força. Em três deles, o tema da violência obstétrica é central. Não menos importante, nesta sessão, é a discussão trazida por Emanuelle Góes em seu capítulo, desvelando como práticas racistas interagem com a prática da violência obstétrica, acarretando em níveis dramáticos de sofrimento para a mulher negra. A realidade particular da mulher negra e pobre diante do racismo aparece, de forma incidental, mas muito forte, em diversos capítulos deste volume, mostrando o quanto o racismo institucional está presente nesta cidade que concentra a maior população negra do país.

Como a mulher vivencia a própria maternidade diante de contingências de base biológica, tais como ter filhos autistas, passar por recorrentes perdas gestacionais ou ser soropositiva para HIV? Ou de outras contingências, de base social e cultural, representadas aqui pela violência obstétrica, que em muitos casos assume a condição de discriminação interseccional, ao ser configurada pelo racismo.

No Capítulo 13, Márcio Santana da Silva analisa os processos dialógicos presentes na construção de um *self* materno em mães de filhos autistas. Essas mães, diferentemente de outras, permanecem na posição de cuidadoras por tempo indefinido; para abordar essa experiência o autor propõe a categoria “*selves* reclusos”.

No capítulo seguinte, “A morte no lugar da vida: a persistente busca pela maternidade por mulheres com trajetórias marcadas por perdas gestacionais recorrentes”, de Vívian Volkmer Pontes, a força cultural do signo “maternidade” se expressa de modo impactante nas trajetórias de mulheres que passaram por inúmeras tentativas de levar a termo suas gravidezes, enfrentando, contudo, sucessivas perdas. As tentativas implicavam dor física e um indescritível sofrimento psicológico. Algumas dessas mulheres sofreram recriminações de familiares e de profissionais de saúde por continuar tentando, como se não tivessem esse direito, como se isto fosse atentar contra um destino traçado. Mulheres soropositivas para HIV também enfrentaram essa mesma atmosfera; suas experiências são justamente o tema do capítulo “Um corpo que abriga uma vida e um vírus: o significado da maternidade para mães soropositivas para HIV”, de autoria de Renata Moreira da Silva.

Os três capítulos seguintes, de autoria de Patrícia Britto R. de Oliveira e Márcio Santana da Silva (Capítulo 16), Isa Patrícia Barbosa Cardoso (Capítulo 17) e Emanuelle F. Góes (Capítulo 18), discutem, utilizando diferentes perspectivas e metodologias, experiências de mulheres que enfrentaram violência obstétrica – reconhecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma violação de direitos humanos em dimensão global. As narrativas reunidas nesses capítulos denunciam de forma veemente o modo como essa violação ainda acontece no Brasil. Não é demais que haja três capítulos sobre a mesma temática, considerando os grandes obstáculos presentes no esforço de combater a violência obstétrica. No momento mesmo em que fechamos a edição do presente livro, somos confrontados com uma resolução do Conselho Federal de Medicina, publicada no *Diário Oficial*, em 17 de julho de 2019 (BRASIL, 2019), estabelecendo que mulheres grávidas não possuem o direito à recusa terapêutica, o que implica que médicos, em situação de urgência ou emergência, à revelia das escolhas das mulheres, devem impor-lhes quaisquer tratamentos. Expressamos aqui nossa grande preocupação de que medidas como esta possam representar a institucionalização da violência obstétrica, em um país onde a realização de partos cesáreos alcança índices alarmantes, por vezes entre os mais altos do mundo. Foi exatamente essa prevalência de partos cesáreos que deu origem à série de estudos sobre gravidez e parto que publicamos aqui.

Em seu capítulo-comentário, Florita Cuhanga António Telo, a partir de Angola e de dentro do campo disciplinar do Direito, dialoga com os diversos textos reunidos nesta seção, oferecendo-nos uma análise aguda das tantas dimensões presentes nas realidades de que os capítulos tratam, em especial quando envolvem discriminação e racismo contra mulheres negras, pobres e residentes em periferias. Ela encerra seu capítulo com uma discussão original e de grande relevância sobre a questão dos direitos reprodutivos (maternidade) na geopolítica mundial.

Numa outra perspectiva, Ana Clara Bastos analisa os capítulos desta seção considerando uma dimensão que, em diversos sentidos, é comum a todos: a da experiência do luto. Ao fazê-lo, ela abre novos horizontes teóricos a partir da literatura especializada nos processos de enlutamento e aponta perspectivas a serem consideradas na atenção e no cuidado a mulheres que enfrentam os problemas aqui tematizados.

## REFERÊNCIA

BRASIL. Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ed. 179, p. 113, 16 set. 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370>. Acesso em: 2 set. 2019.

# 13

## SELVES RECLUSOS: PROCESSOS DIALÓGICOS NA CONSTRUÇÃO DE SIGNIFICADOS DA MATERNIDADE POR MÃES DE AUTISTAS

Márcio Santana da Silva

São muitas as maternidades, diversos os seus exercícios. Discute-se aqui a maternidade no contexto de nascimento de um autista de baixo funcionamento. Baseando-se nas formulações de Cole (1999) a respeito do rearranjo de processos desenvolvimentais na idade adulta e na velhice, a maternidade é aqui entendida como um dos eventos que mais implicam em mudanças no ciclo de vida da família, instaurando uma descontinuidade dramática na identidade social e responsabilidades femininas. O autor aponta duas razões para a existência de tal descontinuidade: a primeira é a gama de mudanças referentes ao contexto e ao papel social a ser desempenhado que geralmente se seguem a uma mudança em determinado âmbito da vida social de uma pessoa; a segunda razão seria a mudança no nosso sentido do *self*, resultante das diferentes maneiras pelas quais passamos a nos perceber por causa do novo tratamento que nos é dado, devido a esse novo *status* assumido – no presente caso, o de ser mãe.

A descontinuidade do **sentido de si** apontada acima, no entanto, ocorre conjuntamente a um processo de adaptação gradual à nova condição, através do qual práticas e campos de significados pessoais e veiculados coletivamente preparam os sujeitos em transformação para o porvir. Assim, desde o momento da fecundação até a assunção do papel prático de mãe de um recém-nascido tem-se um período em que a mulher vai aprendendo a ser mãe (e constituindo a si mesma como tal) de uma maneira mais prática, direta e idiossincrática, somando-se isso a todas

as aprendizagens que ocorreram ao longo da vida quando ela ainda não tinha que exercer diretamente o papel de mãe. Idealiza-se, assim, experiências, características físicas e de personalidade do filho, desafios, dentre muitos outros elementos, que vão dando forma simbólica a um (futuro) filho e a um **ser mãe**, amenizando-se, por conseguinte, o impacto das discontinuidades, ao mesmo tempo em que se viabiliza a construção de outras formas de existir.

No caso de se ter um filho com alguma deficiência, essas construções semióticas adaptativas podem ruir, com maior ou menor subtaneidade, diante da ausência do filho idealizado, podendo tal desconstrução se prolongar por vários anos. Tratando-se dos transtornos do espectro autista, especificamente, um dos primeiros desafios que as mães dos portadores de tais transtornos encontram é a dificuldade de compreensão do que realmente se passa com seus respectivos filhos – em outras palavras, **quem é seu filho** – e, conseqüentemente, uma dificuldade em se definir como mãe. Ocorre aí uma disrupção no sentido de si mesmo ou *self*, na medida em que o outro social relevante que justifica a dimensão do eu materno rompe com a construção identitária em curso, demandando, assim, novos movimentos subjetivos de reconstrução do si mesmo no seu contínuo movimento de transformar-se.

O transtorno autista é classificado pela Organização Mundial de Saúde (1993) como um transtorno invasivo do desenvolvimento caracterizado por um funcionamento atípico nas áreas de interação social recíproca e comunicação, além da presença de um padrão de comportamento restrito, repetitivo e estereotipado. Devido à ampla variedade de manifestação de sintomas dentro das três áreas mencionadas, fala-se atualmente em um espectro do transtorno autista que abarca desde as manifestações mais brandas do transtorno até os casos mais graves e incapacitantes.

Além da severidade dos sintomas, outra característica do portador de autismo que afeta diretamente seus cuidadores primários é o temperamento. De acordo com Konstantareas e Papageorgiou (2006), o temperamento é constituído por reatividade e autorregulação. A reatividade diz respeito ao grau de excitabilidade motora e aos sistemas de respostas sensoriais e afetivas, ao passo que a autorregulação é composta pelo nível de atenção concentrada e controle inibitório do comportamento – a autorregulação, nesse caso, serviria para modular a reatividade. Assim, um portador do transtorno autista muito agitado, extremamente ativo, com baixa capacidade de regular seu grau de atividade de acordo com o contexto e de focar sua atenção em uma atividade por um período mínimo necessário agrava o estresse experienciado pelos seus cuidadores. Autistas de baixo funcionamento apresentam sintomas em um grau severo, porém a condição é mais grave quando tal severidade é acompanhada por hiper-reatividade e baixa capacidade de autorregulação.

Devido a tais características do transtorno autista, estudos como o de Sprovieri e Assumpção (2001) apontam o fato de que o sistema familiar no qual o portador

do transtorno se encontra enfrenta, geralmente, altos níveis de estresse, sobretudo por ter que dispensar cuidados especiais e constantes ao portador de um transtorno ainda pouco compreendido. Porém, a mãe do portador do referido transtorno é a pessoa que lida mais diretamente com o mesmo na maioria das vezes e também é, geralmente, a mais afetada pelas complicações advindas da condição de se ser a cuidadora primária – e muitas vezes única – do filho autista.

Assim, dado o caráter de extrema ambivalência que caracteriza o processo de se tornar mãe no contexto ora exposto, buscou-se compreender as formas de construção dos significados da maternidade por mães de indivíduos diagnosticados como autistas, através da análise dos processos de emergência e mediação semiótica que ocorrem no espaço imaginário do *self* dialógico.

Dessa forma, ao explorar processos de construção de significados da maternidade por mães de autistas de baixo funcionamento, bem como as mudanças no sentido de *self* supramencionadas, o presente estudo se insere no campo da psicologia do desenvolvimento em uma perspectiva semiótico-cultural, apoiando-se em formulações teóricas desenvolvidas por Abbey e Valsiner (2005) sobre emergência semiótica e por Valsiner (2000, 2002, 2004a, 2004b, 2005, 2007) sobre mediação semiótica; por Hermans (2004), Hermans e Hermans-Jansen (2003), Hermans, Kempen e Loon (1992) sobre o *self* dialógico; e por Bruner (1990, 2002) sobre o caráter narrativo da constituição do *self*.

#### EMERGÊNCIA E MEDIAÇÃO SEMIÓTICA NOS MOVIMENTOS CONSTRUTIVOS DO *SELF* DIALÓGICO

Por **emergência semiótica** entende-se aqui o processo de construção de signos através de três condições: Nula, Irregular e Bifurcação de Trajetórias. Na **Condição Nula**, o fato da pessoa não saber o que uma determinada coisa é e não se importar em sabê-lo, leva à ausência de tensão entre a certeza e a incerteza; nesses casos, um determinado fenômeno é relegado ao esquecimento, como tantos outros com os quais nos deparamos e nos quais não focamos nossa atenção. A **Condição Irregular** diz respeito ao fato do indivíduo se preocupar em – e muitas vezes necessitar – entender o que algo é. Subdivide-se em quatro processos: alternante, caracterizado pela emergência de signos frágeis e marcado por níveis moderados de ambivalência; moderadamente ambivalente, no qual ocorre uma transformação de signos frágeis em signos médios e uma oscilação entre níveis moderados e mínimos de ambivalência; minimamente ambivalente, no qual acontece um reforço de signos médios e uma minimização dos níveis de ambivalência; e, finalmente, altamente ambivalente, onde ocorre um questionamento de signos médios seguido da experiência de altos níveis de ambivalência e tensão, devido à necessidade de se

compreender algo. Na **Condição de Bifurcação de Trajetórias**, a pessoa pode desistir de compreender algo, voltando à Condição Nula (processo de Retorno à Condição Nula), ou construir signos fortes que representem a complexidade dos fenômenos de forma demasiadamente simplificada, mas que garantam certo entendimento, ainda que provisório e emergencial, dos mesmos (processo Esquemático).

Apesar da funcionalidade relativa de cada uma dessas condições, a depender do contexto no qual ocorrem, a Condição Irregular Minimamente Ambivalente seria a mais funcional para a contínua adaptação das pessoas aos diversos meios com os quais interagem cotidianamente. Isso se deve ao fato de que, nessa condição, signos que representam satisfatoriamente a realidade para alguém contribuem para reduzir os níveis de ambivalência e tensão de uma determinada experiência, sem enrijecer o processo de construção de novos signos e campos de significados. Neste mover-se subjetivo, o senso de si mesmo – polifônico e dialógico (HERMANS; KEMPEN; LOON, 1992) – assume centralidade, dada sua natureza narrativa, dinâmica, complexa e agentiva.

## MÉTODOS

O plano geral do estudo aqui apresentado e discutido, bem como as decisões metodológicas, devidamente justificadas, são expostas a seguir.

### *Delineamento*

O presente trabalho se constituiu em um estudo de caso instrumental, o qual buscou aprofundar o conhecimento em um determinado assunto ou refinar o conhecimento teórico em uma determinada área do conhecimento, utilizando-se de casos empíricos para tal objetivo, como proposto por Stake (1994). A classificação da pesquisa como uma pesquisa exploratória, baseando-se em seu objetivo geral, também justifica o desenho de estudo de caso, na medida em que a exploração do problema em uma unidade delimitada busca proporcionar maior familiaridade com o fenômeno ora estudado e um aprimoramento das ideias acerca da problemática deste fenômeno.

### *Participantes e contexto da pesquisa*

As quatro participantes do estudo foram selecionadas intencionalmente segundo os seguintes critérios: ter um filho diagnosticado como autista por um profissional

da área de saúde; ter um filho autista de baixo funcionamento, isto é, um filho cujo transtorno autista fosse acompanhado de retardo mental, que o mesmo fosse não verbal (que não utilizasse a linguagem verbal para se comunicar), com padrões de comportamentos considerados graves pelas mães, com temperamento caracterizado por baixo nível de autorregulação e hipo ou hiperreatividade, além da mãe ter convivido com o portador do transtorno desde o nascimento do mesmo. Devido a questões éticas, os seguintes pseudônimos foram adotados para cada uma das participantes: Madalena, Lidiane, Cleuza e Kássia.

A instituição na qual a coleta de dados ocorreu é definida como uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), sem fins lucrativos, a qual presta serviços educacionais especializados a portadores de transtornos do espectro autista, na cidade de Salvador, Bahia. A busca dos usuários pelos serviços da instituição pode ocorrer através da procura direta ou de indicação por outras instituições, e os alunos matriculados são considerados alunos regulares em um regime anual de aulas.

### *Instrumentos e procedimentos de coleta de dados*

Os instrumentos de coleta de dados foram uma ficha para coleta de dados sociodemográficos, um estímulo visual para iniciar as narrativas e um roteiro de entrevista não estruturado – entrevista narrativa, em profundidade.

Assim, apresentações e explicações foram fornecidas individualmente às mães contatadas previamente, via direção da instituição, com o intuito de fazê-las entender o trabalho em desenvolvimento e encorajá-las a participar da pesquisa. Após o consentimento informado por escrito das participantes, as mães responderam o questionário sociodemográfico ao qual se seguiram as entrevistas orais (também individualmente), que foram gravadas por um aparelho eletrônico e transcritas em *verbatim*.

De acordo com proposta de Jovechelovitch e Bauer (2002), cada encontro, isto é, cada entrevista narrativa consistiu nas seguintes fases: uma iniciação (formulação do tópico inicial para narração), uma narração central, uma fase de perguntas (para que lacunas da narrativa central fossem preenchidas de acordo com os objetivos da pesquisa) e a fase da fala conclusiva (na qual uma conversa mais informal e perguntas mais específicas e mais diretivas pudessem originar informações possivelmente relevantes para a posterior análise dos dados).

### *Procedimento de análise dos dados*

Baseando-se na proposta de análise conteúdo-categorial de Lieblich, Tuval-Mashiach e Zilber (1998), os dados coletados foram analisados de acordo com os

seguintes procedimentos: (a) trechos que continham conteúdos relevantes para a problemática aqui estudada foram destacados do texto, formando-se assim um subtexto a partir do texto narrativo mais amplo; (b) episódios referentes a eventos específicos relevantes para os objetivos do estudo foram então agrupados na ordem temporal em que os eventos narrados ocorreram; (c) processos explorados no estudo foram analisados e relacionados uns com os outros; (d) os principais significados da maternidade para as participantes foram elencados, sendo os mesmos articulados com os processos dialógicos inerentes aos *selves* maternos das participantes; (e) finalmente, formulações mais gerais a respeito dos processos de construção de significados da maternidade em situação altamente ambivalente, bem como de processos dialógicos no espaço do *self*, foram geradas.

#### SIGNIFICADOS DA MATERNIDADE E PROCESSOS DIALÓGICOS NO ESPAÇO IMAGINÁRIO DO *SELF*

Para essas mulheres que narraram suas histórias, bem como para a maioria das mães de autistas de baixo funcionamento referidas por algumas das participantes, a maternidade se constituiu como uma disrupção de um dos processos de transição desenvolvimental considerados mais relevantes para a identidade feminina em nosso contexto cultural: o tornar-se mãe. Além disso, esse caráter disruptivo da maternidade afetou diretamente outras esferas das vidas dessas mulheres, na medida em que inviabilizou ou dificultou o exercício de outros papéis que não o de mãe.

Complementarmente ao significado de maternidade como uma ruptura de projetos, ser mãe de um portador do transtorno autista implicou na vivência extrema do papel materno, a qual foi traduzida no significado da maternidade como uma **prisão do eu**. A demanda por cuidados especiais constantes (devido à severidade e variabilidade de manifestações comportamentais disfuncionais apresentadas pelos filhos portadores do transtorno) torna a maternidade, no contexto ora estudado, uma experiência muitas vezes aversiva. Assim, estar fora do contexto doméstico – e afastada das atividades diárias junto ao filho autista – se mostrou como uma condição necessária para o melhor desempenho do papel de mãe de um autista de baixo funcionamento. No entanto, tal afastamento é dificultado pela especificidade e intensidade das demandas apresentadas pelos indivíduos autistas, além da cobrança social excessiva por um desempenho ótimo por parte da mãe, o que favorece a construção do significado da maternidade como uma prisão. Ressalte-se, no entanto, que tal significado de maternidade é construído principalmente em contextos nos quais a rede social de apoio da mãe de um autista não a auxilia diretamente – ou o faz insuficientemente – na lida com o portador do transtorno.

Um terceiro significado de maternidade relacionado diretamente ao anterior é o de **dependência**. Essas mães, que têm seus sonhos rompidos e suas vidas circunscritas pelas demandas de se ter um filho autista, constataam, com o decorrer de suas vivências, que a maternidade implica em um estado de dependência acentuada nessas circunstâncias.

Vale chamar a atenção, nesse ponto, para o fato de que, mesmo quando dispõem de recursos financeiros tidos como suficientes, famílias de autistas dependem consideravelmente tanto de profissionais altamente qualificados e especializados, bem como daqueles que estejam dispostos a aprender a lidar com o indivíduo autista no cotidiano do ambiente doméstico. Ademais, devido à alta variabilidade e gravidade dos sintomas e ao prognóstico incerto, pessoas contratadas para acompanhar autistas no âmbito do lar e dos lugares por eles frequentados, por exemplo, demandam algum tipo de treinamento (mesmo que informal), além de nem sempre estarem dispostos a se adequar às necessidades e limitações específicas dos portadores de autismo e do sistema familiar o qual estes integram.

O significado de ser mãe como ser dependente emerge quando as mães de autistas de baixo funcionamento tentam assumir posicionamentos pessoais que as afastam do papel de mãe, pois para que essas outras *I-positions* emergjam e atuem com certa constância, é necessário que a *I-position* materna alterne ou prescindia dialogicamente de sua dominância no espaço imaginário do *self* dialógico. Todavia, a alternância flexível entre tais *I-positions* coloca outro problema constituinte de um dos significados centrais da maternidade para essas mães de autistas: a **culpa**.

A culpabilização da mãe de um autista de baixo funcionamento por familiares e conhecidos se refere a diferentes dimensões do transtorno, tais como: a origem do transtorno, o agravamento dos sintomas, os incidentes que podem ocorrer com a criança (como ser agredida por alguém, por exemplo) e as expectativas com relação ao prognóstico do transtorno. O exercício da maternidade implica, assim, em uma constante vigilância de si e do outro, na tentativa de provar aos demais que não se é culpada pela condição do filho, pelas mudanças comportamentais disfuncionais do mesmo e pelos possíveis danos que o filho pode vir a sofrer.

Finalmente, o significado da **evolução pessoal** atribuído à maternidade por Kássia, quando da gestação e do nascimento de seu filho autista, foi central para o desenvolvimento de estratégias maternas funcionais mediadas semioticamente. Esse significado da maternidade envolvendo um filho autista, como uma experiência nobre e especial, ancora-se em significados relacionados a uma concepção espiritualizada do ser humano compartilhada coletivamente. Muito embora outros autores – como Monteiro e demais autores (2008) e Midence e O’Neill (1999) – tenham encontrado dados semelhantes no que tange ao significado da maternidade para mães de portadores do transtorno autista, a noção de tal condição como uma

experiência de aprendizagem e crescimento espiritual tem se mostrado como uma exceção, em contraste com os significados de maternidade de cunho afetivamente desprazerosos descritos acima.

Assim, os principais significados da maternidade construídos pelas mães de autistas de baixo funcionamento participantes do presente estudo foram: **disrupção, prisão, dependência, culpa e evolução pessoal**. O principal afeto associado aos significados da maternidade aqui expostos foi, segundo as participantes, a **frustração**, e as vivências maternas foram comparadas metaforicamente aos seguintes elementos: **aborto da própria vida, guerra, furacão, maremoto e realização como mãe**.

Dos quatro casos ora analisados, alguns dados estabelecem possíveis caminhos para interpretações mais gerais discutidas na próxima seção. Primeiramente, os dados mostram que essas mulheres, com exceção de Kássia, veem a maternidade como um evento que as encerra, predominantemente, em um de seus possíveis posicionamentos pessoais; no entanto, essa mesma *I-position* assume uma centralidade no espaço subjetivo identitário de Kássia, que tem a possibilidade concreta de assumir outras *I-positions* fora do âmbito doméstico. Para esta participante, é justamente o fato de atender satisfatoriamente às necessidades extraordinárias de José que a faz se sentir mãe de uma maneira mais intensificada, ou, em suas próprias palavras, que a faz ser mais mãe. Um dos principais fatores subjetivos que diferenciam os três primeiros casos deste último é teor afetivo (agradável e positivo) através do qual o eu materno é experienciado.

De acordo com as falas de Madalena, Lidiane e Cleuza, um dos elementos definidores da carga afetiva valorada negativamente que caracteriza a *I-position* materna é a limitação não apenas de assumir outros posicionamentos, mas também – ou principalmente – a dificuldade extrema em exercer a própria maternidade de maneira satisfatória ao longo das diversas situações cotidianas junto ao filho e ao sistema familiar. Pode-se pensar, até mesmo, que – dentre outras coisas – essa limitação em assumir efetivamente diversas *I-positions* agrava significativamente as dificuldades em exercer satisfatoriamente o papel materno previamente planejado, instalando-se, então, um padrão de relação circular estagnante entre tais posições.

Os casos de Lidiane, Cleuza e Madalena deixam entrever também que a instância materna do *self* ocupa o repertório de posições de maneira avassaladora, e que vivências como esgotamento, falta de perspectiva e dependência, dentre outras, prevalecem justamente via dominância de tal *I-position*. Como elemento regulador dessa dinâmica complexa de relações entre posições pessoais está o filho autista de baixo funcionamento – e a inconstância excessiva de seus comportamentos atípicos – o que abre o sistema desses *selves* maternos para a intervenção constante e intensa de outros sociais relevantes.

Dessa forma, pode-se dizer, de maneira geral, que os seguintes padrões de organização predominam na configuração de *I-positions* das mães de autistas de baixo funcionamento: dominância hierárquica rígida de uma *I-position*; acessibilidade relativamente fácil, para essas mulheres, a outras *I-positions* que não a materna, com concomitante dificuldade em pô-las em movimento ou assumi-las na prática, o que origina altos níveis de ambivalência e tensão; inflexibilidade para se mover de uma *I-position* para outra; e, finalmente, campo afetivo predominantemente negativo relacionado à *I-position* materna.

#### CONDIÇÕES DE EMERGÊNCIA SEMIÓTICA NO ESPAÇO IMAGINÁRIO DO SELF DIALÓGICO

Se pensarmos em fases do desenvolvimento do *self* materno, poderíamos dizer que esse período que engloba a ruptura da vivência idealizada da maternidade, através das manifestações de sinais e sintomas do transtorno autista pelo filho, até o estabelecimento satisfatório de um diagnóstico e de um plano de tratamento, constitui-se em uma longa fase na qual essa *I-position* materna se encontra semissuspensa, pois a mãe busca, prolongadamente, conhecer uma dimensão do seu outro social relevante, isto é, seu filho: o âmbito da saúde do mesmo, mais especificamente. No entanto, pode-se pensar que há mesmo uma **ausência-em-presença** do outro, o que deixaria esse *self* materno de fato semissuspense por um tempo prolongado. Como afirmou uma das participantes: “foi só com ele [segundo filho, não autista] que eu me senti mãe de verdade – foi quando eu ouvi ele me chamar de ‘mãe’.”

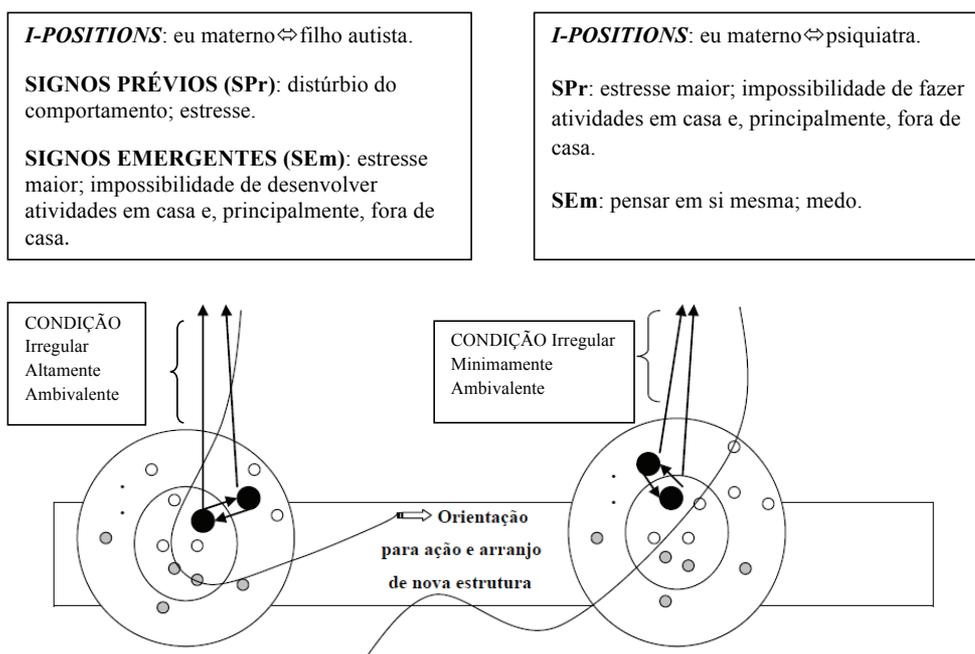
Outro aspecto importante para se pensar a articulação entre os processos dialógicos no espaço do *self* e as condições de emergência semiótica diz respeito às relações destas condições com a funcionalidade dos signos construídos. Para Valsiner (2004a), algumas *I-positions* não apenas dominam o repertório de *I-positions* em um determinado momento, mas também estabelecem uma amplitude de possibilidades para a transformação de uma configuração atual das *I-positions* em um novo rearranjo. As possibilidades de mudança na estrutura das *I-positions* são mediadas por signos de diferentes graus de generalização, mas principalmente por aqueles hipergeneralizados em forma de valores, princípios, filosofias de vida e sentimentos difusos, dentre outros.

Por exemplo, quando Lidiane construiu o signo **pensar em si mesma**<sup>1</sup> junto com a psiquiatra, mesmo considerando a possibilidade de Marcos ser machucado ou se machucar (e, então, de ela ser culpabilizada por isso), ela se engajou em

1 Ao acompanhar Marcos em uma consulta psiquiátrica, a médica havia aconselhado Lidiane a **pensar em si mesma** para que, assim, ao cuidar de si mesma, ela pudesse estar bem para cuidar do filho autista.

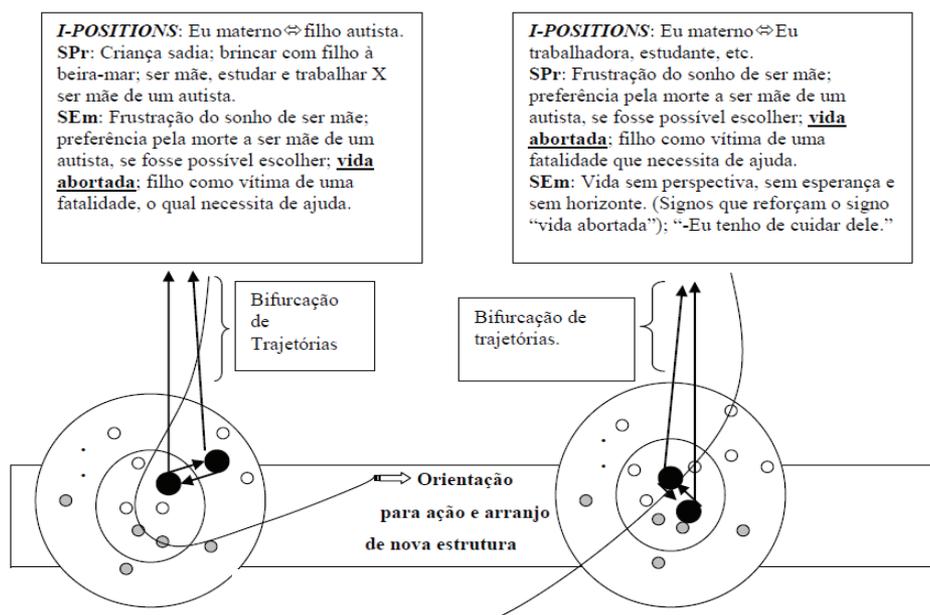
uma condição de emergência semiótica Irregular Minimamente Ambivalente (ver Figura 1). A participante, dessa forma, explicou o porquê da coconstrução de tal signo, mostrando a funcionalidade do mesmo: se ela não pensar em viver outros âmbitos de sua vida e cuidar de si mesma, ela poderá vir a **desabar** ou **explodir**. Foi justamente a partir de uma tentativa de se adaptar ao cenário presente, pré-adaptando-se simultaneamente às possíveis condições futuras (principalmente às demandas de sua *I-position* materna), que a participante fez emergir o signo **pensar em si mesma**. Diferentemente, quando a participante Madalena construiu o signo forte **vida abortada**, através da condição de Bifurcação de Trajetórias Esquemática, ela engendrou um bloqueio de processos dialógicos funcionais, chegando mesmo a afirmar que, em sua casa, apenas o filho mais novo “*teria futuro*”, enquanto que ela e Raí não o teriam mais: “*Seguir mais pra onde?*”, questionou a participante, após ver ruírem os signos **criança sadia**, **brincar com o filho à beira-mar** e **ser mãe e estudar** (ver Figura 2).

FIGURA 1 – Emergência de signos médios que minimizam os níveis de tensão e ambivalência no espaço do *self* dialógico de Lidiane, com destaque para o signo “pensar em si mesma”



Fonte: elaborada pelo autor.

FIGURA 2 – Emergência de signos fortes monologizantes no espaço do *self* dialógico de Madalena, com destaque para o signo “vida abortada”



Fonte: elaborada pelo autor.

A partir das experiências prévias, bem como das circunstâncias atuais de sobrevivência, signos que são disfuncionais para a flexibilidade do repertório de *I-positions* podem se tornar, ao mesmo tempo, funcionais para a adaptação dos sujeitos a um cenário atual altamente demandante e complexo. Nesses casos, a amplitude das possibilidades de pré-adaptação a cenários futuros é também estreitada através dessa condição de emergência semiótica, implicando tal processo em um ciclo vicioso, no qual os signos emergentes tendem a corroborar os signos prévios, direcionando de maneira relativamente rígida as reestruturações das *I-positions* no espaço imaginário do *self* dialógico ao longo do tempo, como se pode ver na Figura 2.

No entanto, ao mesmo tempo em que a condição de emergência semiótica Bifurcação de Trajetórias Esquemmatizadora é de natureza enrijecedora do processo dialógico de construção de significados, sendo funcional apenas temporariamente (ao contrário da condição Irregular Minimamente Ambivalente), ela pode ser altamente funcional para justificar porque um caminho é construído na trajetória pessoal do sujeito ao longo do tempo ao invés de outra trajetória. Assim, ao se guiar pelo signo **vida abortada**, Madalena enfraquece outras possibilidades de vivência identitária concorrentes com a maternidade, podendo exercê-la integralmente, ainda que a grandes custos pessoais – isso contribui para a exclusão de

possibilidades, como doar o filho para adoção, abandoná-lo, contratar cuidadores para que ela possa trabalhar fora de casa, dentre outras.

#### ORGANIZAÇÃO DO REPERTÓRIO DE POSIÇÕES E RELAÇÕES DIALÓGICAS ENTRE AS MESMAS

Nas narrativas elaboradas pelas participantes, houve uma predominância de diálogos entre *I-positions* internas e externas no início dos relatos, sendo que, posteriormente, interações entre *I-positions* internas foram narradas à medida que as participantes deixavam de falar sobre seus respectivos filhos para falar sobre si mesmas em suas transições para a maternidade envolvendo o filho autista. É como se a definição do que é ser mãe de um autista se apoiasse, preponderantemente, sobre a necessidade de uma definição prévia de quem é o filho autista e como se chegou a esta definição a partir das interações entre a mãe, profissionais e familiares.

No entanto, para além do aparente antagonismo, esses posicionamentos mantêm uma relação de complementaridade funcional, na medida em que um (o **eu não materno**) é defendido para que o outro (o **eu materno**) possa ser vivenciado mais positivamente. Esses dados reforçam a ideia, segundo Hermans (2004), de que o relevante nessas interações é o desenvolvimento de *I-positions* que sejam capazes de dar respostas satisfatórias à *I-position* dominante. Dessa maneira, buscar-se-ia um maior nível de flexibilidade e acessibilidade de diferentes *I-positions* as quais se encontrariam relacionadas entre si hierarquicamente e seriam afetivamente funcionais nos mais diversos contextos de interação com os **outros** sociais relevantes.

Ainda no que concerne às relações entre *I-positions* internas de mães de autistas de baixo funcionamento, as mesmas agem estrategicamente com o intuito de superar problemas, tais como dependência, culpa, medo e confusão. Isso implica, muitas vezes, no fenômeno de ***I-positions* em multiplicidade**: em conformidade com Bruner (2002), o *self* é sensível a obstáculos reais e imaginados antecipadamente, o que permite às pessoas que as mesmas articulem *I-positions* ou versões diferentes de uma mesma *I-position* de forma orientada por objetivos e agentiva. Pode-se afirmar, assim, que as identidades pessoais são estrategicamente organizadas não só em termos de *I-positions*, mas também de múltiplas versões de cada uma dessas *I-positions*, sendo a construção e negociação contínua de significados um dos processos centrais de tal organização.

Além dessas variações qualitativas, determinadas *I-positions* internas podem sofrer mudanças quantitativas ao longo do tempo, passando a ser **mais** ou **menos** aquilo que eram em outro momento, a depender das interações com o outro social relevante. Joga-se, ainda, com determinadas posições para defender, preservar ou fortalecer outras *I-positions*. A dinâmica de estruturação e reestruturação

constantes do repertório das *I-positions* envolve tentativas de fortalecer determinadas posições para se viver o mais funcionalmente possível. No caso da maternidade de filhos autistas, a sugestão social de uma *I-position* materna – geralmente idealizada e culturalmente valorizada – constitui-se em um elemento dificultador de relações dialógicas no espaço imaginário do *self*.

Complementarmente às relações de proteção entre *I-positions* internas, há a colaboração entre *I-positions* na qual um determinado posicionamento serve como suporte para que outra *I-position* possa ocupar um lugar hierarquicamente superior nas interações da pessoa com *outros* sociais relevantes. O *self* dialógico apresenta ainda a habilidade de articular signos construídos separadamente em termos temporais e espaciais, quando das tomadas de decisões relevantes para a adaptação da pessoa frente a uma determinada situação particularmente ambivalente. Assim, signos emergentes em uma dada situação atual são construídos a partir de signos prévios, através da ação de uma *I-position* que remonta às experiências de uma ou mais *I-positions* no passado e as articula com signos construídos por *I-positions* atuais.

Ainda no que concerne à flexibilização do repertório de *I-positions*, quatro padrões de relações entre *I-positions* foram verificados ao longo das narrativas pessoais: relações primárias, complementares e inconciliáveis. As **relações primárias** podem ser consideradas como fundantes na emergência de *I-positions* que predominarão em momentos diversos da história ontogenética de uma determinada pessoa (como no caso da centralidade do eu materno dessas mulheres em suas relações com seus respectivos filhos); as **relações complementares** têm como característica principal o fato de serem funcionais para a adaptação de uma determinada *I-position* central em situações incertas, tensas e ambivalentes; as **relações inconciliáveis**, por sua vez, têm sua existência restrita a atos imaginativos devido à inviabilidade de sua ocorrência atual oriunda da incompatibilidade entre *I-positions* internas (por exemplo, “eu profissional” *versus* “eu mãe de criança autista”). Apesar de se encontrarem em suspensão, se comparadas com as *I-positions* dominantes, estas *I-positions* temporariamente disfuncionais asseguram, no nível imaginativo, um grau de abertura para a flexibilização posterior dos processos dialógicos característicos do *self* dialógico. Finalmente, as **relações disfuncionais** são aquelas marcadas por ameaças externas à integridade das *I-positions* internas e externas mais relevantes no sistema do *self* de alguém.

#### MEDIAÇÃO SEMIÓTICA DO ARRANJO E REARRANJO DAS *I-POSITIONS*

Dois aspectos relacionados à mediação semiótica das *I-positions* ainda merecem ser destacados aqui: a entificação de campos afetivos geradora de signos mediadores e a força dos signos sugeridos coletivamente. No que tange à entificação de campos

afetivos, percebe-se, a partir das narrativas das participantes, que as mesmas transformam estados afetivos por elas experienciados em entidades abstratas, tais como **uma coisa estranha** ou **força que vem não sei de onde**. Muitas vezes, tais signos hipergeneralizados, isto é, com um alto nível de abstração, são munidos de um poder de agir sobre o *self*, levando-o a reagir em momentos cruciais de construção de significados – Valsiner (2007) chama de **superimposição da linguagem** a esse processo de tradução de campos afetivos em proposições verbais.

Signos fortes e persistentes porém, ameaçadores no contexto de relações disfuncionais, têm sua força questionada em ocasiões consideradas críticas nas narrativas, sendo tal questionamento mediado, narrativamente, pela ação dessas entidades abstratas. Essa ruptura se dá em momentos muito tensos, nos quais o questionamento de um signo é funcional para a integridade de uma *I-position* interna, levando-a ao início de uma nova busca por signos alternativos que melhor representem a realidade para tal posicionamento.

Em meio a essas relações entre entificação de estados afetivos, situações críticas e questionamento de signos fornecidos por outros sociais relevantes, encontra-se uma questão crucial para se compreender a construção e desconstrução de vínculos entre partes integrantes do *self* dialógico: a integridade de uma *I-position* interna altamente relevante para o sistema do *self*. Nas quatro entrevistas narrativas integrantes do presente estudo, alguns outros sociais e signos por eles sugeridos foram rejeitados veementemente, pois, do contrário, o *self* materno das participantes teria que conviver com significados extremamente negativos a respeito de si e de seus respectivos filhos (como, por exemplo: “*Não adianta insistir. Você não vai conseguir nada com esse menino*”), e com as consequências práticas daí advindas. Nos casos como esse, apesar de não possuir argumentos claros para rejeitar os significados oferecidos, na maioria das vezes, por profissionais da área de saúde, a rejeição se deu através da mediação dos campos afetivos emergentes transformados em signos hipergeneralizados nas narrativas.

O outro aspecto relacionado ao rearranjo das *I-positions* mediado semioticamente diz respeito à força que parecem ter os signos que são sugeridos coletivamente a essas mulheres a respeito de si, de seus filhos e de suas práticas maternas. Embora surjam nas narrativas como constituintes de campos de significados compartilhados coletivamente por um determinado grupo (a família, determinada classe profissional, a nossa sociedade, as pessoas, etc.), esses signos emergem concretamente dos episódios nos quais essas mães interagem com integrantes desses mesmos grupos. Signos que são compartilhados por grupos e fornecidos a uma determinada pessoa parecem adquirir um *status* de maior validade para uma determinada *I-position* do que signos construídos de maneira mais privada e situacional.

Em decorrência dessas concepções acerca dos significados compartilhados por determinados grupos, essas mulheres se posicionam de uma forma mais ou menos

enrijecida com relação a alguns grupos, posicionamento este mediado por signos constituintes de campos de significados. De forma geral, para essas *I-positions* maternas, os grupos são alocados dicotomicamente em dois polos – um valorado negativamente e o outro, positivamente –, tomando-se como parâmetro a aceitação que integrantes desses grupos demonstram com relação a pessoas com quaisquer tipos de deficiências.

Os resultados ora apresentados mostram que as pesquisas e as intervenções precisam priorizar também os cuidadores primários dos portadores de transtornos do espectro autista, devido aos impactos que as manifestações comportamentais dos portadores têm sobre aqueles que deles cuidam. Ao pensar a família como um “sistema complexo regulado pelas histórias que cria a respeito de si próprio”, Stratton (2003, p. 334, tradução nossa) considera que as partes desse grupo social funcional estão tão interconectadas que a ação de um integrante do grupo afeta todos os demais, levando todos a um ajustamento às novas situações ao longo do tempo. Dessa forma, o autor propõe intervenções no meio familiar que levem em consideração três níveis: os padrões familiares através das gerações, a conjuntura familiar atual e os sistemas mais amplos nos quais a família funciona.

Considerando-se que, de forma direta, as mães são atingidas pela condição de seus filhos autistas de baixo funcionamento em maior intensidade do que outras pessoas no mesmo contexto, os dados da presente pesquisa podem vir a embasar estratégias de pesquisa e intervenção – focalizadas no segundo nível proposto por Stratton (2003) – que levem em conta não apenas os significados que essas mulheres atribuem aos eventos significativos de suas histórias pessoais, mas também as condições em que tais significados são construídos e funcionam como mediadores do desenvolvimento pessoal ao longo do tempo. Desta maneira, a articulação dos processos de emergência e mediação semiótica na dimensão do *self* pode contribuir para fundamentar práticas que ultrapassem o âmbito individual, alcançando assim as dimensões interpessoais significativas dessas mulheres em seus respectivos contextos familiar e social mais amplos. Note-se que o caráter agentivo desses *selves* não é negligenciado em momento algum, a partir dessa concepção dialógica de identidade pessoal.

Alguns passos iniciais são, enfim, relevantes para os profissionais que atuam no contexto de atenção psicossocial a autistas e seus familiares se aproximarem da realidade vivenciada por mães de autistas de baixo funcionamento: abordar a organização do repertório de posicionamentos pessoais, os conteúdos que permeiam esse repertório, bem como as relações estabelecidas entre tais posicionamentos, articulando essas informações com as formas através das quais essas mulheres se preparam para um futuro sentido como exacerbadamente incerto a partir de um presente aprisionador.

## REFERÊNCIAS

- ABBEY, E.; VALSINER, J. Emergence of meanings through ambivalence. *Forum Qualitative Sozialforschung = Forum: Qualitative Social Research*, Berlin, v. 6, n. 1, Jan. 2005. Disponível em: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/515/1115>. Acesso em: 15 mar. 2008.
- BRUNER, J. S. *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard University Press, 1990.
- BRUNER, J. S. *Making stories: law, literature, life*. New York: Farrar, Strauss and Giroux, 2002.
- COLE, M. Culture in Development. In: BORNSTEIN, M. H.; LAMB, M. E. (ed.). *Developmental psychology: an advanced textbook*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1999. p. 73-123.
- HERMANS, H. J. M. The dialogical self: between exchange and power. In: HERMANS, H. J. M.; DIMAGIO, G. (ed.). *The dialogical self in psychotherapy*. East Sussex: Brunner-Routledge, 2004. p. 13-28.
- HERMANS, H. J.; HERMANS-JANSEN, E. Dialogical processes and development of the self. In: VALSINER, J.; CONNOLLY, K. *Handbook of developmental psychology*. London: Sage Publications, 2003. p. 534-559.
- HERMANS, H. J. M.; KEMPEN, H. J. G.; LOON, R. J. P. van. The Dialogical Self: beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*, Washington, v. 47, n. 1, p. 23-33, Jan. 1992. Disponível em: <http://www.apa.org/pubs/journals/>. Acesso em: 17 ago. 2008.
- JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 90-113.
- KONSTANTAREAS, M. M.; PAPAGEORGIOU, V. Effects of temperament, symptom severity and level of functioning on maternal stress in Greek children and youth with ASD. *Autism*, Londres, v. 10, n. 6, p. 593-607, 2006.
- LIEBLICH, A.; TUVAL-MASHIACH, R.; ZILBER, T. *Narrative research: reading, analysis and interpretation*. London: Sage Publications, 1998.
- MIDENCE, K.; O'NEILL, M. The experience of parents in the diagnosis of autism: a pilot study. *Autism*, Londres, v. 3, p. 273-285, 1999. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1362361399003003005>. Acesso em: 14 abr. 2008.
- MONTEIRO, C. F. S. et al. Vivências maternas na realidade de ter um filho autista: uma compreensão pela enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 61, n. 3, p. 330-335, maio/jun. 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (org.). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 1993.

- SPROVIERI, M. H. S.; ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F. B. Dinâmica familiar de crianças autistas. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 59, n. 2A, p. 230-237, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v59n2A/a16v592a.pdf>. Acesso em: 16 maio 2008.
- STAKE, R. E. Case Studies. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. (ed.). *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications, 1994. p. 236-247.
- STRATTON, P. Contemporary families as contexts for development. In: VALSINER, J.; CONOLLY, K. J. *Handbook of developmental psychology*. London: Sage Publications, 2003. p. 333-357.
- VALSINER, J. *Culture and human development*. London: Sage Publications, 2000.
- VALSINER, J. *Culture in Minds and Societies: Foundations of Cultural Psychology*. London: Sage Publications, 2007.
- VALSINER, J. Forms of dialogical relations and semiotic autoregulation within the self. *Theory & Psychology*, Calgary, v. 12, n. 2, p. 251-265, 2002. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0959354302012002633>. Acesso em: 17 maio 2008.
- VALSINER, J. The promoter sign: developmental transformation within the structure of dialogical self. In: SIMPÓSIO DEVELOPMENTAL ASPECTS OF THE DIALOGICAL SELF; INTERNATIONAL CONFERENCE ON THE DIALOGICAL SELF, 2., 2004, Ghent, *Anais* [...]. Ghent: [s. n.], 2004a.
- VALSINER, J. Scaffolding within the structure of Dialogical Self: Hierarchical dynamics of semiotic mediation. *New Ideas in Psychology*, Atlanta, v. 23, n. 3, p. 197-206, Dec. 2005. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/247091187\\_Scaffolding\\_within\\_the\\_Structure\\_of\\_Dialogical\\_Self\\_Hierarchical\\_Dynamics\\_of\\_Semiotic\\_Mediation](https://www.researchgate.net/publication/247091187_Scaffolding_within_the_Structure_of_Dialogical_Self_Hierarchical_Dynamics_of_Semiotic_Mediation). Acesso em: 17 ago. 2008.
- VALSINER, J. Three years later: culture in psychology – between social positioning and producing new knowledge. *Culture & Psychology*, Thousand Oaks, v. 10, n. 1, p. 5-27, 2004b. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1354067X04040925>. Acesso em: 23 jul. 2008.



# 14

## A MORTE NO LUGAR DA VIDA: A PERSISTENTE BUSCA PELA MATERNIDADE POR MULHERES COM TRAJETÓRIAS MARCADAS POR PERDAS GESTACIONAIS RECORRENTES

Vívian Volkmer Pontes

O presente capítulo discute a experiência de mulheres cujas trajetórias de vida foram marcadas por significativas rupturas, em decorrência de uma inesperada interrupção da gravidez em curso. A experiência de uma perda gestacional involuntária pode ser percebida e sentida por uma mulher como um evento imprevisível, que desafia expectativas pessoais e socioculturais sobre o que estava na iminência de acontecer – o tornar-se mãe e o nascimento de um bebê. Com a sua repetição ao longo da trajetória reprodutiva, a incerteza em relação ao futuro passa a ser agudamente percebida, colocando em risco os planos de maternidade biológica. Desde a perspectiva da psicologia cultural de base semiótica, o *corpus* empírico que será tomado para análise refere-se às observações e entrevistas narrativas realizadas com mulheres com histórias de duas ou mais perdas gestacionais involuntárias e ausência de filhos, a partir de um estudo etnográfico<sup>1</sup> empreendido em dois serviços de referência ao tratamento de aborto de repetição na cidade de Salvador, sendo um vinculado à rede pública de saúde e outro, à rede privada.

---

1 O referido estudo, do qual se apresenta neste capítulo um recorte, é uma tese de doutorado intitulada *Construindo continuidade frente a sucessivas rupturas: estratégias semióticas de reparação dinâmica do self* (PONTES, 2013), que em 2014 recebeu a menção honrosa do Prêmio Capes de Teses, tendo sido publicada em 2016 pela Edufba com o título: *Trajetórias interrompidas: perdas gestacionais, luto e reparação*.

O trabalho etnográfico nos contextos de assistência à saúde ocorreu em dois momentos distintos. No contexto de assistência pública, a inserção da pesquisadora ocorreu no ano de 2002 e se estendeu até 2009. Durante esse período, esteve inserida como profissional de psicologia no ambulatório de aborto de repetição, realizando atendimentos psicológicos, dinâmicas de grupo e observação das consultas médicas. Houve o registro escrito das atividades realizadas em diários de campo. Também foram realizadas algumas entrevistas narrativas com registro de áudio.

Por sua vez, a entrada no campo da assistência privada ocorreu a partir do ano de 2009 e também teve início com a observação dos atendimentos médicos em uma clínica que oferece investigação e tratamento imunológicos nos casos de abortos recorrentes, perdas gestacionais ou falhas em ciclos de fertilização *in vitro* (FIV). O foco consistiu na observação de consultas com casais que buscavam investigação e tratamento para as perdas gestacionais. Também houve a realização de diários de campo e de entrevistas narrativas com algumas mulheres, com registro de áudio.

A oportunidade de ouvir essas mulheres, usuárias de um serviço de saúde privado, permitiu à pesquisadora estabelecer um importante contraponto com a experiência das mulheres usuárias do serviço público, possibilitando conhecer melhor a amplitude da experiência recorrente de perdas gestacionais, assim como as diferentes sugestões sociais e o campo de possibilidades, presentes nos diferentes contextos, que regulam as suas trajetórias reprodutivas e posições subjetivas. Privilegia-se, assim, a análise sistêmica do fenômeno singular, juntamente com o seu contexto estrutural e temporal. A seguir serão descritos alguns dos principais aspectos que caracterizaram estas distintas experiências de ruptura significativa nas trajetórias de vida.

#### A EXPERIÊNCIA DE RUPTURA NAS TRAJETÓRIAS REPRODUTIVAS: INTERCORRÊNCIAS NA GRAVIDEZ, ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E PERDA GESTACIONAL

No curso do desenvolvimento de uma gravidez, a emergência de uma inesperada complicação gestacional, tais como dores intensas ou sangramento, pode representar uma ruptura abrupta daquilo que se esperava e que estava na iminência de acontecer: o nascimento de um filho e, com ele, de uma mãe. O surgimento de tais indícios de complicação gestacional levou as mulheres participantes do estudo a buscarem atendimento médico em algum serviço de saúde. Entretanto, esses serviços foram descritos de diferentes maneiras pelas entrevistadas. No contexto público de saúde, alguns problemas foram apontados pelas mulheres, como a deficiência na cobertura da assistência – caracterizada pela insuficiência de leitos para gestantes nas maternidades e hospitais estaduais da cidade, assim como para os

bebês nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. Com efeito, foram ainda descritas a peregrinação à procura de um leito hospitalar e a ausência de qualquer iniciativa desta rede de assistência para assegurar o transporte das pacientes ao hospital com leito disponível. Em muitos relatos é possível pensar que, se o contexto assistencial não foi o principal responsável pela ocorrência da perda gestacional, contribuiu no mínimo para o agravamento da situação de sofrimento e desamparo a que essas mulheres se veem submetidas, com importante impacto sobre as suas subjetividades e trajetórias de vida.

Inserida neste cenário, Joana, após história de duas perdas gestacionais e uma nova gravidez, relata que realizava o acompanhamento pré-natal em uma maternidade pública sem que nenhuma alteração no desenvolvimento gestacional fosse detectada. No entanto, no sétimo mês de gestação, teve um sangramento, o que a levou a buscar atendimento médico de emergência. A ausência de vagas em maternidades públicas equipadas com UTI neonatal levou a mais um bebê natimorto:

*Eu levantei perdendo muito sangue, aí fui pra emergência... Mas mesmo assim, jorrando muito sangue. Aí quando eu cheguei lá, a médica falou assim: 'Ah, tá vivo o bebê, **mas só que a gente não pode fazer nada, que aqui não atende prematuro, vamos esperar uma vaga**'... Acho que eu fiquei internada de cinco da manhã até cinco da tarde, só perdendo sangue, esperando vaga, e nada de achar vaga. Quando nasceu foi meia-noite. Aí já nasceu, já evoluiu com tudo, saiu com tudo já morto. (Joana, 34 anos, 5 perdas gestacionais, contexto público)*

Situação semelhante foi relatada por Ana, cujo bebê morreu alguns dias após o nascimento. A perda do bebê foi explicada por ela pela ausência de um leito na UTI neonatal no serviço de saúde público a que recorreu:

*Só disseram que não tinha vaga e ficou até o outro dia na sala de parto... Eu acho que se tivesse botado na UTI, ele teria sobrevivido, porque ele não nasceu com problema nenhum. Depois que foi detectada a infecção pulmonar. Foi aí que ele não suportou. (Ana, 32 anos, quatro perdas gestacionais, contexto público)*

Apenas as usuárias do contexto público de saúde enfatizaram em suas narrativas problemas de ordem estrutural (financiamento, cobertura) e operacional (organização) dos serviços. É possível que estes aspectos estejam articulados com outro achado ao compararmos a experiência das participantes usuárias da assistência pública com as da rede privada: as usuárias da assistência privada experienciaram as perdas gestacionais, mais frequentemente, no primeiro trimestre da gestação – o que caracteriza o diagnóstico de abortamento recorrente propriamente dito, definido como a ocorrência de duas ou mais perdas gestacionais, antes da vigésima semana de gestação. (CAVALCANTI; BARINI, 2009) Por outro lado, as usuárias

do serviço público vivenciaram muitas das suas perdas entre o segundo e o terceiro trimestre da gestação, além da vivência, em alguns casos, de morte neonatal.

É possível que a diferença do momento em que ocorreram as perdas gestacionais possa se refletir no impacto desta perda para o sistema de *self* dessas mulheres. Na literatura não há consenso acerca da diferença do tempo da gestação para a ocorrência da perda e as suas repercussões emocionais. Conforme Neugehauer e demais autores (1992), a partir de um estudo que investigava a relação entre perdas gestacionais e sintomas depressivos, as mulheres que tiveram uma perda após um tempo maior de gestação apresentaram um aumento nos sintomas depressivos se comparadas com mulheres que abortaram no início da gestação. De acordo com os pesquisadores, esse achado apresenta consistência com a noção de apego materno para com a criança que ainda não nasceu, na medida em que as teorias do apego defendem a ideia de que esse vínculo progride à medida que a gravidez avança e que o impacto da perda corresponde à força desse vínculo. Contraditoriamente a esse achado, Thomas (1995) afirma que a experiência emocional de uma mulher após uma perda gestacional não se encontra diretamente relacionada à experiência física, isto é, com o tempo de gestação. Para esse autor, um dos principais aspectos que influenciam a experiência emocional consiste no significado atribuído pela mulher à perda gestacional. E assim, se em estágios iniciais da gravidez a mulher já considera o feto como o seu bebê, ela será emocionalmente afetada quando ocorrer o aborto espontâneo.

A partir dos dados coletados para a pesquisa aqui parcialmente apresentada, esta última perspectiva revela-se mais pertinente. Durante o trabalho de campo na clínica privada, por exemplo, foi possível observar que muitas mulheres consideravam os fetos perdidos como bebês, atribuindo-lhes até mesmo um nome próprio. Essas condutas parecem revelar certo descompasso entre o discurso do casal, que muitas vezes trata o feto como bebê – independentemente do tempo de gestação –, e o dos profissionais de saúde, que o consideram como embrião ou feto – a depender da idade gestacional.

Porém, as implicações físicas de uma perda gestacional precoce e uma perda tardia podem ser bastante distintas. No contexto da assistência pública, a descrição de complicações após a perda, bem como a percepção de risco à própria vida, foi muito comum entre as mulheres entrevistadas. Por outro lado, no contexto da assistência privada não houve relato de complicações, nem mesmo a construção da percepção de risco à própria saúde. Muitos fatores podem colaborar para essas diferenças, como a qualidade da assistência, bem como o tempo gestacional em que a perda ocorreu.

Além disso, nos relatos das usuárias do serviço privado, a experiência de dor física em decorrência dos abortamentos não se encontrou presente ou não foi

ênfatisada. Assim, por exemplo, Juliana descreve que, após o terceiro aborto espontâneo sofrido, precisou se submeter à intervenção médica por se tratar de um aborto retido. A experiência de dor física aparece apenas como um dos aspectos que configuraram essa experiência. Vale ressaltar também a sequência dos aspectos descritos em seu relato, isto é, do emocional ao físico, que configuraram a experiência da perda como um dos momentos mais difíceis da sua trajetória reprodutiva:

*Essa foi a pior parte... de todas desse abortamento, dessas perdas, foi esse internamento, a frustração de você estar ali já é muito grande, de você ter perdido já a terceira criança e ... eles te internam... na maternidade, eu fiquei internada na maternidade, todas as crianças nascendo e só a minha morrendo. E aí tiveram que botar um medicamento na minha vagina... pra poder dilatar o meu útero, pra poder fazer a aspiração, fazer o procedimento. Essa medicação... faz você sangrar e dói também. Fora isso, você não pode nem comer, nem beber nada. Então, imagina, você triste porque perdeu a criança, internada numa maternidade onde você ouve um bocado de choro de criança nascendo, sem comer, sem beber e sentindo dor e sangrando... a pior parte foi essa. (Juliana, 36 anos, três abortos espontâneos, contexto privado)*

No caso das usuárias do serviço público, a experiência de intensas dores – em decorrência dos procedimentos médicos para induzir o parto de um aborto retido – foi enfatizada em muitas narrativas, constituindo uma das lembranças mais significativas da situação da perda gestacional, como pode ser visto no relato que se segue:

*A terceira [perda], mesmo pra mim, foi o fim. Eu sofri muito, eu senti muita dor, eu gritava muito de dor a ponto de perder as minhas pernas de tanta dor... eu fiquei chorando, chorando um tempão... O quadril parece que está abrindo tudo, dilatando, é muita dor mesmo. (Denise, 30 anos, quatro perdas gestacionais, contexto público)*

Vale ressaltar que a analgesia para evitar ou minimizar a dor, associada ao apoio verbal por parte dos profissionais de saúde, compõem recomendações do Ministério da Saúde para o atendimento humanizado dos casos de abortamento. Porém, a inexistência de condutas adequadas para o alívio da dor configurou-se, em muitos casos, como uma forma de punição imposta pelos profissionais de saúde à mulher, devido a uma suposta prática de aborto induzido (BRASIL, 2005), atravessada por questões de gênero, raça e nível socioeconômico – aspecto melhor discutido mais adiante neste capítulo.

Por fim, faz-se importante ainda observar que os casos de abortamento, tanto nas unidades de assistência à saúde pública quanto na rede privada, as mulheres foram internadas na mesma ala hospitalar daquelas parturientes cujos filhos viveram. A diferença consiste na estrutura física: as mulheres da maternidade pública

investigada dividiam o mesmo espaço físico, ou seja, a mesma enfermaria, com as mulheres que haviam parido seus bebês; enquanto que as pacientes da rede privada – cujo plano de saúde cobria quartos individuais – tinham a privacidade desse ambiente reservado.

#### A RELAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: SIGNOS, SIGNIFICADOS E PRÁTICAS QUE REGULARAM AS TRAJETÓRIAS REPRODUTIVAS

Outro aspecto relevante consiste nas distintas sugestões sociais que se fizeram presentes no episódio particular do encontro com o outro nos diferentes contextos de assistência à saúde. Tais sugestões sociais emergiram de diferentes modos: tanto na prática e no discurso médico durante o atendimento às mulheres com história de aborto de repetição quanto na acessibilidade aos serviços e na disponibilidade dos recursos tecnológicos.

No que tange à prática e ao discurso médico, pode-se notar que, no contexto de assistência pública, houve a sugestão explícita, por parte de alguns profissionais, para que as mulheres descontinuassem as tentativas de gravidez após a vivência de algumas perdas, alertando-as para os riscos à sua saúde e, até mesmo, à sua vida. A partir dessas sugestões enunciadas por especialistas é possível identificar o que Malin (2003) denomina de “políticas de corpo” presentes no contexto de assistência pública, isto é, algumas formas de regulação e de controle que produzem identidades e subjetividades. Os relatos abaixo ilustram como estas sugestões suscitam o sentimento de medo que baliza a tomada de decisão da mulher entre engravidar novamente ou descontinuar as tentativas de ter um filho:

*Quando eu perco, os médicos ficam falando: ‘Oh, Mariana, vamos tentar ver se toma um remédio para evitar, né, **porque se você ficar sempre só perdendo, perdendo, pode vir a acontecer uma coisa pior**’. Ai **eu fico com medo** também por causa disso, quando eles falam ‘uma coisa pior’, mas eu não sei o que é que está se passando. (Mariana, 29 anos, seis perdas gestacionais, contexto público)*

*Uma médica de lá do posto do Manoel Vitorino, que é pra acompanhamento da minha pressão. Ai ela uma vez me disse isso: ‘**Você vai morrer, na próxima você morre, fica tentando, tentando, tentando...**’. Tem coisas que as pessoas diz (sic) que **a gente fica marcado, né? A gente fica com medo**. (Cláudia, 33 anos, sete perdas gestacionais, contexto público)*

Ademais, a relação destas mulheres com os profissionais de saúde, especialmente médicos, foi marcada pela ambivalência entre o apoio instrumental e emocional, e um atendimento despersonalizado, mecânico, permeado por atitudes de pouco interesse e pela expressão de preconceitos. Assim, ao longo das

trajetórias reprodutivas das usuárias da assistência pública, a relação estabelecida entre médico e paciente foi a do tipo monológica, isto é, um tipo de relação na qual as mulheres são tratadas como se fossem objetos, não reconhecidas enquanto sujeitos, sem possibilidade de estabelecer uma relação comunicativa. (SALGADO; GONÇALVES, 2007) Os médicos não pareceram dar importância às suas percepções e experiências. O relato a seguir ilustra uma das muitas situações narradas sobre a relação médico-paciente: “*Porque os médicos não explicam a você. Ele fala, você vai pegando algumas coisas pelo alto, assim, mas ele não chega assim: ‘está acontecendo isso, isso e isso’.*” (Denise, 30 anos, quatro perdas gestacionais, contexto público)

Para Martins (2003/2004), esta relação de poder estabelecida entre médico e paciente é evidenciada especialmente junto à população de baixa renda. Afinal, essas pessoas encontram-se excluídas política e socialmente, não possuem recursos financeiros – nem o poder advindo daí –, geralmente não possuem estudo superior – não partilhando, assim, da mesma “cultura” do médico –, o que resulta, muitas vezes, na percepção dessas pessoas, por parte de muitos profissionais de medicina, como não dignas de ter a sua autonomia respeitada. Do mesmo modo, é possível que estejam em jogo questões relacionadas ao gênero e à raça, na medida em que a maioria das mulheres usuárias dos serviços públicos de assistência à saúde era negra. Ao que parece – tomando como base a ação empreendida nos contextos de saúde, conforme descrita por muitas participantes –, os médicos podem ter realizado uma valoração das pacientes atendidas. Afinal, eram mulheres, negras, pobres, moradoras da periferia com pouca escolaridade. É possível que estas características – que não apenas as diferenciam desse outro especialista, mas as tornam inferiores, devido aos estigmas sociais – tenham orientado o atendimento despersonalizado, mecânico, permeado por atitudes de pouco interesse para com as percepções e experiências relatadas por estas mulheres.

Nesta direção, houve também o relato – por parte de algumas mulheres – de negligência na prestação de alguns atendimentos, como a transmissão de informações inadequadas e exame clínico descuidado – condutas associadas por algumas mulheres às perdas gestacionais experienciadas:

*Quando foi com sete meses... Eu comecei a sentir, assim, umas dores fortes na barriga. Aí eu fui pro Caribé [Maternidade João Batista Caribé]. Quando chegou lá, disseram que tava com desenvolvimento de cinco meses, **mas também não disseram que eu ‘tava’ perdendo, simplesmente mandaram ir pra casa e aguardar.** Mas só que eu percebi, porque quando a médica me examinou, eu senti que a luva saiu cheia de sangue, aí eu percebi que não tava nada normal. Mesmo assim eu fiquei tranquila; tranquila vírgula, né, porque a minha pressão subiu logo. (Ana, quatro perdas gestacionais, contexto público)*

Assim sendo, os profissionais, de modo geral, e conforme percebido pelas participantes, não escutaram as suas histórias de vida, não deram a devida importância às suas percepções, sentimentos e significados:

*Ela [a médica] achava que eu tinha algum tipo de dilatação no útero... Mas, na verdade, era a pressão [arterial] que aumentava; eu disse a ela. Ela ficou surpresa quando eu cheguei lá... Uma semana depois, já fui com a pressão alta, aí ela falou: ‘Trabalhei certinho com você, não estou entendendo nada’. Aí, eu disse: ‘Mas eu avisei à senhora que a coisa acontecia de uma hora pra outra’.* (Ana, quatro perdas gestacionais, contexto público)

Cabe destacar ainda que a conduta profissional foi, em muitos casos, marcada pela expressão de preconceitos. Por esse motivo, as mulheres foram tantas vezes acusadas pelo “crime” do aborto provocado, julgadas e submetidas a castigos e lições moralistas. Deste modo, ao invés desses profissionais atuarem no sentido de acolhê-las e ajudá-las a elaborar a dor do luto, promovendo a saúde e protegendo-as de danos físicos e psíquicos ainda maiores – conforme previsto pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e o Código de Ética Médica, que reforçam os direitos dos pacientes e condenam os casos de discriminação –, agravaram ainda mais as marcas do sofrimento, do desamparo e da profunda tristeza que já vinham carregando:

*Algumas [maternidades], assim, achavam que abortou por abortar, aí tinha aquela certa frieza, assim... Alguns falavam que eu abortava porque eu queria... E não foi... É ruim ficar internada lá... Eu morro de medo de ficar internada. Eu não gosto... Ser discriminada... Quando a pessoa provoca um aborto, eu acho que é proibido, não sei. Maus-tratos, pirraça... (Manuela, 26 anos, cinco perdas gestacionais, contexto público)*

*Uma médica disse... Eu perdi, eu senti muitas dores, ela apertava a minha barriga... E quando eu me queixei, ela disse: ‘Isso é pra você tomar vergonha e não provocar mais aborto’. Ficou marcado, porque eu não esqueci, tem coisas que acontece que a gente não esquece. Eu não tinha feito o aborto e fui acusada, e na hora não consegui me defender.* (Cláudia, 33 anos, sete perdas gestacionais, contexto público)

No contexto de assistência privada não houve relato de práticas de discriminação, preconceito ou castigos e lições moralistas por parte dos profissionais de saúde. Entretanto, assim como na rede pública, houve muita dificuldade na comunicação do diagnóstico de perda gestacional.

A inabilidade dos profissionais na comunicação do diagnóstico de perda gestacional foi apontada pelas usuárias dos dois contextos de saúde, na medida em que os profissionais faziam uso de termos incertos, tais como “gestação incompatível” ou “gravidez que não vai mais para frente”. Essa forma imprecisa de comunicar o diagnóstico de óbito fetal foi descrita por muitas mulheres como uma fonte de

angústia e de ansiedade. Em ambos os contextos de saúde, constatou-se grande dificuldade dos profissionais para lidar com questões relacionadas à morte e ao morrer. Em muitas situações, fez-se presente a banalização do término precoce da gestação, que adquiriu nuances de “seletividade da natureza”, sendo “melhor” ter ocorrido devido ao risco de malformação fetal. A expressão comum na tentativa de amenizar a dor dos casais consistiu em: “*não precisam ficar tristes, logo terão outro filho*”. Vale ressaltar, contudo, que esta expressão minimiza a experiência da perda e do pesar daquela gestação em particular, daquele filho em potencial, do vir a ser mãe naquele momento da trajetória de vida; subestima o seu impacto psicológico e se configura como um importante obstáculo a um saudável processo de luto. Evidencia-se, assim, um descompasso de expectativas entre mulheres e profissionais, na medida em que muitos profissionais não reconhecem o evento como da ordem de uma possível tragédia pessoal. (PONTES, 2013, 2016)

A ausência de uma conduta apropriada dirigida à facilitação do processo de luto também compreendeu outro aspecto que merece destaque. Afinal, diante da perda gestacional, o comportamento característico foi marcado pela frieza em transmitir a notícia da perda, a recusa em lhes mostrar o bebê natimorto e a falta de informações sobre o ocorrido – condutas exatamente contrárias àquelas recomendadas na literatura sobre o tema. (ESTOK; LEHMAN, 1983; WORDEN, 1998)

*Quando tirou a criança, a criança já estava morta e **nem me mostraram a criança...** Aí eu não vi mais. **Eu tentei olhar, eu queria ver...** Aí eu saí procurando informação. **Não deram informação, não falaram nada do acontecido.** (Manuela, 26 anos, três perdas gestacionais, contexto público)*

*Uma coisa que me incomodou bastante... Depois que viram que não dava mais pra reanimar a minha menina... Uma enfermeira chegou, eu assim deitada ainda, **ela pegou, botou meu neném no saco... Na minha frente, pegou o neném, botou ali dentro e fechou.** Eu me senti mal quando fechou aquilo ali... Aquilo ali já foi me incomodando, eu já fui ficando atordoada. Aí: **‘Ah, mãe, calma, você vai ter outros’.** (Mariana, 29 anos, seis perdas gestacionais, contexto público)*

Assim, apesar de algumas semelhanças, a relação entre médico-paciente foi caracterizada de forma bastante distinta pelas usuárias da rede privada de assistência à saúde, se comparadas com as usuárias da rede pública. No contexto assistencial privado, pôde-se perceber uma relação mais próxima estabelecida com o médico/ginecologista que as acompanhava ao longo das gestações e perdas. Em muitos relatos, o profissional era mencionado a partir da utilização de um pronome possessivo: “meu médico(a)”. Também, muitas mulheres relataram ter livre acesso ao médico, dispondo do seu número de celular para qualquer eventualidade. Esses

aspectos parecem sinalizar uma relação mais próxima com esse profissional, o estabelecimento de um vínculo e de uma relação de confiança.

Por outro lado, se as vozes provenientes da esfera médica dirigidas às usuárias da rede pública sugeriam que descontinuassem as tentativas de gestação, na rede privada tais vozes sugeriam exatamente o contrário, isto é, incentivavam as mulheres a persistir em tentar ser mãe, através da gravidez. O discurso médico, especialmente dos especialistas no tratamento de aborto de repetição, enfatizava as alternativas de tratamento médico possíveis para conseguirem obter êxito gestacional. E, nesse contexto, a solução tecnológica para os abortos recorrentes, longe de ser infalível, pode ser considerada mais natural do que uma solução não técnica como a adoção. Os médicos, assim, renaturalizaram o processo de reprodução humana com a ajuda das tecnologias de reprodução assistida. (MALIN, 2003) A sugestão subjacente ao discurso médico para a persistência nas tentativas de gravidez, e a consequente regulação da trajetória reprodutiva, aparecem no relato descrito a seguir:

*Se eu não tivesse condições financeiras de estar aqui hoje, com certeza eu não tentaria mais... Porque logo eu teria uma visão que, se eu perdi eles dois primeiro [fetos], eu logo teria a visão de que perderia o terceiro, então seria mais um sofrimento. Então, pra que tentar?* (Flávia, 32 anos, duas perdas gestacionais, contexto privado)

Outro aspecto crítico da utilização das tecnologias médicas faz-se presente quando estas falham. Nesses casos, o discurso biomédico faz referência a uma suposta causa psicológica ou emocional inerente à mulher para explicar o insucesso. Ou seja, responsabiliza as próprias mulheres por não alcançarem êxito nas tentativas gestacionais – por estarem estressadas ou ansiosas –, encaminhando-as, muitas vezes, para um atendimento psicológico.

A responsabilização das mulheres pelos abortos sofridos se fez presente entre as usuárias dos serviços públicos e privados. O relato abaixo evidencia essa responsabilização, tendo sido enunciado por uma mulher com diagnóstico de aborto recorrente, em uma dinâmica de grupo realizada pela equipe de psicologia no ambulatório de abortamento de repetição da maternidade pública investigada:

*Sinto vontade de chorar quando... Eu já tive uma perda e não quero que outra aconteça novamente. Foi um conflito muito grande, porque eu me preparei para engravidar e eu perdi... Eu criei expectativa, fiquei ansiosa, perdi o bebê. **O médico me disse que faltou experiência da minha parte...** Eu procurei saber tudo depois da primeira perda e aconteceu novamente.* (Registro diário de campo, Dinâmicas de grupo, 8 de outubro de 2007)

Os médicos, de acordo com Malin (2003), configuram-se como um grupo social poderoso que impõe significados sobre o mundo por ordenar e organizar as coisas de acordo com oposições binárias em sistemas classificatórios que formam

hierarquias. Fronteiras simbólicas são, deste modo, construídas. No contexto das tecnologias reprodutivas, as fronteiras simbólico-culturais, bem como os processos de construção de identidade, atuam quando tais tecnologias são usadas. Assim, a medicina constitui-se enquanto uma instituição social que, através da construção de signos e sentidos, orienta, “[...] promulga regras de comportamento, censura os prazeres, aprisiona o cotidiano em uma rede de recomendações”. (MOULIN, 2008, p. 15)

Apesar das muitas sugestões sociais contrárias a uma nova gravidez após histórias de perdas gestacionais, muitas mulheres persistiram em suas tentativas para tornarem-se mães. É do que trata a seção a seguir.

#### A PERSISTÊNCIA NA BUSCA PELA MATERNIDADE: CAMPOS DE POSSIBILIDADE E DE AÇÃO

Após o reconhecimento do diagnóstico de aborto recorrente, isto é, após a experiência de duas ou mais perdas gestacionais consecutivas, as usuárias do serviço privado buscaram informar-se acerca da existência de algum serviço médico especializado que lhes oferecesse investigação acerca das causas dos abortos, bem como tratamento. Esta busca, em geral, ocorreu por iniciativa da própria mulher e/ou casal, que utilizou recursos externos, como a internet, para pesquisar acerca deste tipo de serviço. Conforme Vargas (2010), a difusão das informações sobre o tema da reprodução humana na internet ilustra a ênfase da perspectiva biomédica nos modos de divulgação de temas de saúde nos meios de comunicação. Esses modos podem ser considerados como um acréscimo ao processo de medicalização social construído historicamente. Ao mesmo tempo, porém, as possibilidades do uso da internet podem servir como instrumento de ação e de empoderamento, constituindo a expressão de agência da mulher e/ou casal com dificuldade para levar a sua gestação a termo.

Deste modo, com o objetivo de transpor os muitos obstáculos enfrentados na trajetória reprodutiva e itinerários terapêuticos, as mulheres usuárias da assistência privada recorrem à internet como estratégia de coleta de informações sobre tratamentos para subsidiar ações futuras – como encontrar um médico especialista e, a partir disso, poder estabelecer com ele um diálogo de igual para igual. De modo geral, as usuárias da rede privada de assistência à saúde apresentaram maior familiaridade com o discurso e tecnologias médicos, compreendendo melhor o fenômeno das perdas gestacionais a partir da perspectiva da biomedicina. Assim, podem ser consideradas quase *insiders* na esfera médica; enquanto que, por outro lado, as usuárias da rede pública podem ser consideradas *outsiders* – pela menor

familiaridade com o conhecimento médico, menor acesso à informação, menor oportunidade de diálogo com o profissional de saúde, etc.

Sobre esse aspecto, vale mencionar as formas de diferenciação dos contextos sociais conforme descritos por Goodnow (1995). A autora retoma a primeira descrição ecológica de Bronfrenbrenner e caracteriza três formas possíveis de diferenciação entre os contextos sociais: em primeiro lugar, destacam-se as dimensões espaciais: os setores do contexto social diferem um do outro, por exemplo, na medida em que eles ocupam diferentes espaços físicos ou estão próximos ou distantes em relação às pessoas. Dimensões espaciais incitam também questões sobre o acesso a esses espaços físicos e sociais ou para os domínios ou áreas do conhecimento.

Considerando a questão do acesso, podem-se analisar as fronteiras entre os contextos e sua permeabilidade. Nos contextos públicos de saúde, fronteiras são construídas e há pouca permeabilidade para transpô-las: as mulheres somente têm acesso aos serviços de saúde financiados pelo Estado, o que, de algum modo, já limita o acesso. Além disso, na medida em que a demanda da população por esses serviços é maior do que a oferta, nem sempre eles são acessíveis: há dificuldade de agendar uma consulta ou realizar um exame médico, bem como de encontrar vaga nos leitos das maternidades. A condição financeira, assim, restringe o acesso, compondo uma importante barreira. Porém, o nível de escolaridade também se erige enquanto um importante obstáculo no acesso à informação. Afinal, o domínio do conhecimento médico pode ser de difícil compreensão para essas mulheres.

Entretanto, mais do que isso, a dificuldade na interação interpessoal com os médicos pode constituir a principal barreira no acesso ao conhecimento. E então, questões como gênero e raça, além do nível de escolaridade, podem influenciar a dinâmica destas interações. Este último aspecto configura-se na segunda forma de diferenciação dos contextos sociais, ou seja, as formas de interação e participação face a face que são possíveis ou encorajadas. Em geral, as usuárias dos serviços públicos têm pouco tempo para narrar suas queixas de saúde, sendo convidadas pelos profissionais a serem breves e objetivas, relatando o suficiente para que possam ser enquadradas em algum diagnóstico médico. Então, a conduta dos profissionais é basicamente prescritiva: receitam algum medicamento ou encaminham para a realização de algum exame. Essas práticas, por sua vez, são embasadas por determinadas justificativas para o padrão que é seguido ou esperado, compondo a terceira forma de distinção entre os contextos sociais: os contratos sociais.

Os contratos sociais são formados pelos direitos e obrigações estabelecidos. Assim, por exemplo, há o significado coletivamente partilhado sobre a verdade científica por trás de cada ato médico, o que pode levar o profissional a assumir uma posição de onipotência diante da doença do paciente e, com efeito, diante do próprio paciente. Este último passa a ser visto como alguém que deve se submeter à

sua tutela, abdicando temporariamente da sua autonomia, do seu poder de reflexão e de decisão sobre si mesmo, do conhecimento intuitivo e vivencial de si mesmo. (MARTINS 2003/2004) Porém, conforme enfatiza Goodnow (1995), cabe às pessoas conhecerem esses contratos sociais para, então, aceitarem ou resistirem a eles. O acesso à informação, então, pode permitir ultrapassar essas barreiras, como o fazem as usuárias do serviço privado ao buscar informações na internet.

Assim, quando as usuárias da rede privada recorreram a um serviço de saúde de referência e tiveram a primeira consulta com o médico especialista – em companhia, geralmente, do parceiro –, um “plano de ação” era traçado, direcionado à meta de engravidar e ter um bebê nascido vivo. Esse “plano de ação” envolvia a realização de muitos exames, sendo alguns destes de elevado custo e nem sempre oferecidos por seus planos de saúde.

Após a investigação completa, e a partir da identificação de alguma possível causa, dava-se início ao tratamento. A gravidez, deste modo, só poderia acontecer após o tratamento e a “liberação” por parte do médico que as acompanhava. Assim sendo, em nenhum dos casos entrevistados houve a busca por atendimento médico especializado na condição da mulher já estar grávida. Isto parece indicar a existência de um planejamento prévio, construído a partir da relação estabelecida principalmente entre a mulher, o parceiro e o médico especialista.

Vale ressaltar, ainda, a organização do ambiente em que o atendimento médico especializado era realizado, bem como os padrões de relacionamento estabelecido entre médico e pacientes. Em linhas gerais, a clínica localizava-se em uma avenida importante de um bairro nobre da cidade. Os atendimentos com o médico especialista eram previamente agendados por telefone com a secretária da clínica e pagos em dinheiro após a consulta. Assim, ao chegar à clínica, a mulher ou o casal aguardava na sala de espera da clínica – a qual era ocupada apenas pela secretária. Em geral, comparecia o casal à consulta, e não só a mulher. O tempo de espera pelo atendimento variava de alguns poucos minutos até quase uma hora, a depender da disponibilidade do médico. O ambiente climatizado tinha à disposição água, café e balas. A consulta médica era realizada apenas pelo médico especialista em seu consultório e durava cerca de uma hora a uma hora e meia. Durante esse período de tempo, o médico ouvia a história reprodutiva do casal, fornecia-lhes explicação sobre o caso, esclarecia quaisquer dúvidas e os encaminhava para realizar uma série de exames.

Por outro lado, no caso das mulheres usuárias do serviço público, muitas estavam grávidas no momento da entrevista. A busca por um atendimento médico especializado, desta forma, foi realizada durante a gravidez ou a gestação ocorreu durante a fase de investigação sobre as causas dos abortos anteriores. Já a indicação do serviço médico especializado ocorreu através da rede social próxima, como

familiares, amigos ou vizinhos. Além disso, apesar das usuárias do serviço público também realizarem muitos exames, alguns não são acessíveis devido ao elevado custo. Outro obstáculo que essas mulheres enfrentavam consistia na dificuldade de agendar e realizar os exames cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Isto demandava um tempo grande, o que pode justificar o fato de muitas das mulheres entrevistadas engravidarem durante a fase de investigação. Pode-se também considerar que, na medida em que as chances de encontrar uma etiologia relacionada aos abortamentos são de cerca de 60% dos casos (CAETANO et al., 2006) e que essas mulheres não têm acesso a todos os exames disponíveis, a impossibilidade de prescrever algum tratamento pode ter levado alguns médicos a orientá-las a simplesmente tentar uma nova gravidez – orientação presente em muitos relatos.

No caso do contexto de assistência pública investigado, localizado em um bairro de classe média, os atendimentos médicos eram realizados em consultórios do ambulatório de aborto de repetição. A sala de espera desse ambulatório consistia em um ambiente amplo, com ventiladores e televisão e, na maioria das vezes, estava repleta de pacientes. Os atendimentos eram organizados por ordem de chegada, o que levava as mulheres a chegarem por volta das sete ou oito horas da manhã para serem atendidas apenas a partir das dez horas. O tempo de espera pela consulta, então, variava de duas a três horas. A consulta propriamente dita durava em torno de dez a quinze minutos. Nesse período de tempo, o médico ouvia rapidamente a história da paciente, realizava algum exame físico (muitas vezes na presença de alguns residentes de medicina), fornecia-lhe breves explicações sobre as possíveis causas das perdas gestacionais e indicava a realização de alguns exames. Vale ressaltar, ainda, que nas consultas estavam presentes, em geral, apenas as mulheres, sem seus parceiros. Sobre esse último aspecto, vale observar que em muitos casos a ausência dos parceiros se justificava, para além da questão de gênero (da maternidade como um assunto feminino), pela impossibilidade de faltar ao trabalho.

Deste modo, o acesso a determinados recursos médicos, possibilitado pela condição financeira das participantes usuárias do serviço privado, pareceu circunscrever as suas trajetórias reprodutivas de modo a possibilitar o planejamento de uma próxima tentativa de gravidez, baseado nas etapas do próprio tratamento. Esse planejamento pareceu minimizar a incerteza diante do futuro reprodutivo.

Apesar disso, as usuárias do serviço privado relataram ainda sentir medo de vivenciar uma nova perda, mas não há relatos de percepção de risco à própria vida/saúde em decorrência de uma futura tentativa de gestação – o que, por sua vez, esteve presente nas narrativas das usuárias do serviço público. Vale ressaltar que a existência de um serviço médico especializado em aborto espontâneo de repetição é relacionada, por muitas mulheres, à sensação de segurança, deixando-as mais confiantes em relação ao futuro, para tentar uma nova gestação. Essa sensação de

segurança também foi compartilhada por algumas usuárias da rede pública, referindo-se especialmente ao acompanhamento médico especializado oferecido pelo ambulatório de abortamento de repetição da maternidade pública investigada.

Outro aspecto relevante consistiu na ampliação da rede de apoio formal das usuárias da rede privada, na medida em que a equipe de saúde, e em especial o médico especializado em reprodução humana, são vistos como fonte de apoio instrumental de alta qualidade. No caso das usuárias do serviço público, o contexto assistencial foi caracterizado por deficiências importantes no atendimento. A relação entre profissionais de saúde e mulheres apareceu marcada, essencialmente, pela desconfiança, desrespeito e conflito. Houve uma grande demanda por informações e pela escuta clínica que não foi atendida. Porém, vale ressaltar que essa relação ambivalente estabelecida com os profissionais de saúde não foi relatada para com o médico especialista do ambulatório de abortamento de repetição, conforme ilustra o seguinte relato: *“Já aqui achei o suporte melhor, doutora. O mesmo é muito paciente, é uma pessoa que nunca se mostra estressada com a gente ... eu gostei do atendimento daqui”*. (Cláudia 33 anos, sete perdas gestacionais, contexto público)

#### A VIDA NO LUGAR DA MORTE: O PODER AFETIVO-SEMIÓTICO DO SIGNO DA MATERNIDADE

A experiência de uma perda gestacional consiste em um evento inesperado, uma ruptura abrupta no curso do desenvolvimento, daquilo que era esperado e que estava na iminência de acontecer: a transição para a maternidade a partir do nascimento de um filho. Tal evento disruptivo conduz estas mulheres à esfera da assistência à saúde, à procura por um atendimento médico especializado com o intuito de investigação e tratamento.

Torna-se imprescindível, assim, considerar o interjogo contínuo entre os processos biológicos ocorridos no corpo – no corpo feminino, no corpo grávido, no corpo que aborta espontaneamente, que sente dor, que é submetido às intervenções da biomedicina e que é alvo de interesse das tecnologias reprodutivas –; os processos intra e interpicológicos –, como o pensar, o sentir, o agir, o comunicar e o inter-relacionar-se –; e a localização geral desses processos na semiosfera (LOTMAN, 2005) – dos contextos públicos e privados de saúde aos discursos socioculturais sobre maternidade e abortamento.

Nesse sentido, pode-se refletir que mulheres com história reprodutiva semelhante – marcada por perdas gestacionais espontâneas e recorrentes – buscaram os serviços de saúde aos quais tinham acesso. Acesso este possibilitado ou restringido em função da sua inserção em determinado grupo social. Nesse processo, houve a canalização coletivo-cultural dessas experiências dentro de contextos de atividade

culturalmente estruturados: os contextos público e privado de saúde. Por esta razão, pode-se considerar que esses contextos operaram enquanto um nível organizacional mesogenético, canalizando a experiência subjetiva mediante o estabelecimento de uma gama de possibilidades nas quais a experiência do engravidar e abortar toma forma. Vale ressaltar que é papel do nível mesogenético a ligação entre os diferentes níveis da experiência: da infinita singularidade do fluxo microgenético à relativamente conservativa progressão da ontogenia. (VALSINER, 2012)

Conforme descrito anteriormente, os contextos públicos de saúde foram caracterizados essencialmente pela escassez de recursos materiais (por ex.: tecnologias reprodutivas), instrumentais (por ex.: informação) e de suporte (por ex.: apoio emocional dos profissionais de saúde), sendo permeado por sugestões sociais cujo fluxo geral vai no sentido contrário ao da maternidade biológica. Deste modo, define fronteiras como um limite para a realização da maternidade, ao mesmo tempo em que permite que esse limite seja ultrapassado (por ex.: oferecendo atendimento médico continuado ao longo da trajetória reprodutiva e, inclusive, proporcionando atendimento especializado para os casos de aborto de repetição). Por outro lado, os contextos privados de saúde foram diferenciados pela abundância de recursos materiais, instrumentais e de suporte, sendo permeados por sugestões sociais cujo fluxo geral segue na direção da maternidade biológica. Assim, fronteiras também foram construídas, restringindo as trajetórias reprodutivas ao uso das tecnologias médicas para a concretização da maternidade biológica. Porém, tais fronteiras também revelaram certa permeabilidade, especialmente quando o uso de tais tecnologias falhou. Outras possibilidades, então, emergiram, como a autorreflexão sobre a não maternidade ou formas alternativas de alcançar a maternidade, como a adoção.

Em detrimento dessas diferenças, todas as mulheres investigadas persistiram na direção da maternidade, influenciadas pelo discurso sociocultural que valoriza amplamente essa experiência. Deste modo, a direção seguida em cada trajetória reprodutiva foi influenciada não só pelo movimento histórico da medicalização do corpo e acesso à determinada assistência e tecnologias médicas, mas pelos significados enredados pela esfera sociocultural – e internalizados de modo particular por cada uma das mulheres – ao signo da maternidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao abortamento*: norma técnica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. (Normas e Manuais Técnicos; Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, n. 4). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf). Acesso em: 23 nov. 2010.

- CAETANO, M. R. *et al.* Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, v. 15, n. 1, p. 47-53, jan./fev. 2006. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1135/1110>. Acesso em: 15 maio 2008.
- CAVALCANTI, M.; BARINI, R. *Imunologia reprodutiva: manual de avaliação e tratamento imunológico*. Fortaleza: Premius, 2009.
- ESTOK, P.; LEHMAN, A. Perinatal death: grief support for families. *Birth*, New York, v. 10, n. 1, p. 17-25, 1983.
- GOODNOW, J. J. Differentiating among social contexts: by spacial features, forms of participation, and social contracts. In: MOEN, P.; ELDER JR, G. H.; LÜSCHER, K. (ed.). *Examining lives in context: perspectives on the ecology of human development*. Washington: American Psychological Association, 1995. p. 269-301.
- LOTMAN, J. On the semiosphere. *Sign Systems Studies*, Tartu, v. 33, n. 1, p. 205-229, 2005.
- MALIN, M. Good, Bad and Troublesome: Infertility Physicians' Perceptions of Women Patients. *The European Journal of Women's Studies*, London, v. 10, n. 3, p. 301-319, 2003.
- MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 21-32, set.2003/fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a02.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2008.
- MOULIN, A. M. O corpo diante da medicina. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.-J.; VIGARELLO, G. *História do corpo*. 2. ed. Tradução de Ephraim Ferreira Alves. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 15-82.
- NEUGEHAUER, R. *et al.* Determinants of depressive symptoms in the early after miscarriage. *American Journal of Public Health*, [New York], v. 82, n. 10, p. 1332-1339, Oct. 1992. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1695859/pdf/amjph00547-0022.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2008.
- PONTES, V. V. *Construindo continuidade frente a sucessivas rupturas: estratégias semióticas de reparação dinâmica do self*. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.
- PONTES, V. V. *Trajatórias interrompidas: perdas gestacionais, luto e reparação*. Salvador: Edufba, 2016.
- SALGADO, J.; GONÇALVES, M. M. The dialogical self: social, personal and (un)conscious. In: ROSA, A.; VALSINER, J. (ed.). *The Cambridge handbook of socio-cultural psychology*. New York: Cambridge University Press, 2007. p. 608-621.
- THOMAS, J. The effects on the family of miscarriage, termination for abnormality, stillbirth and neonatal death. *Child: care, health and development*, Oxford, v. 21, n. 6, p. 413-424, Nov. 1995.
- VALSINER, J. *Fundamentos da psicologia cultural: mundos da mente, mundos da vida*. Tradução de Ana Cecília de Sousa Bastos. Porto Alegre: Artmed, 2012.

VARGAS, E. P. Saúde, razão prática e dimensão simbólica dos usos da internet: notas etnográficas sobre os sentidos da reprodução. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 1, p.135-146, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/11.pdf>. Acesso em: 16 set. 2011.

WORDEN, J. W. *Terapia do luto*: um manual para o profissional de saúde mental. 2. ed. Tradução de Max Brener e Maria Rita Hofmeister. Porto Alegre: Artmed, 1998.

# 15

## UM CORPO QUE ABRIGA UMA VIDA E UM VÍRUS: O SIGNIFICADO DA MATERNIDADE PARA MÃES SOROPOSITIVAS PARA HIV

Renata Moreira da Silva

*Às mães soropositivas: que vossas vozes sejam respeitadas e ouvidas, que vossa dor seja aquecida pela fé e esperança; e que o vosso medo da morte seja atenuado pelo amor divino.*  
(SILVA, 2012)<sup>1</sup>

Quais os significados da maternidade para mães soropositivas para HIV? Como se caracteriza a experiência subjetiva da mulher que realiza a escolha pela maternidade, mesmo quando inserida em um cenário composto por uma doença crônica, sem cura, estigmatizada e transmissível de mãe para filho? Com o foco nesses questionamentos, este estudo assume a perspectiva das mães soropositivas: quais os seus sentimentos? Quais as suas preocupações? Quais as suas dores e as suas conquistas?

Essas questões inspiraram a realização de um estudo de casos que reúne narrativas de histórias de vida com dez mulheres soropositivas para HIV, usuárias do Sistema Único de Saúde, e mães. Neste capítulo apresentamos análises de narrativas de três mulheres dentre as dez participantes do estudo. As entrevistas narrativas tiveram como foco as significações da maternidade; expectativas quanto à gravidez, ao parto e em relação à criança; mudanças ocorridas na família; composição e

---

<sup>1</sup> O texto na íntegra pode ser localizado na dissertação da autora intitulada *Um corpo que abriga uma vida e um vírus: o significado da maternidade para mães soropositivas para HIV* (2012).

funções da rede de apoio; relacionamento com o sistema de saúde; acesso a recursos, medicamentos e assistência profissional; e a relação com a doença HIV/AIDS.

Na discussão, privilegiou-se os recursos simbólicos e materiais utilizados pelas participantes, buscando-se identificar em que momentos elas atribuem valor à maternidade, de que forma a maternidade contribui para um isolamento social e, por outro lado, de que forma estimula o contato interpessoal, a partir da revelação de uma condição que costuma ser mantida em segredo, e da saída do isolamento social para o contato interpessoal.

#### O IMPACTO DA MATERNIDADE EM CONTEXTO DE SOROPOSITIVIDADE

As experiências da maternidade e da sexualidade têm um significado diferente e único para cada mulher. Isso tem relação com a forma como cada uma sente a relação com o corpo, com os desejos, com as fantasias e com os seus medos. Assim, a sexualidade e a maternidade são, ao mesmo tempo, experiências históricas e pessoais. Do mesmo modo, o HIV/AIDS configura-se como uma doença estreitamente relacionada com a sexualidade, com o comportamento sexual, com a intimidade e com os sentimentos de vinculação e proximidade com os outros. Estes sentimentos, por sua vez, são parte integrante e fundamental dos relacionamentos amorosos.

O estabelecimento de relações interpessoais é um ato subjetivo em direção ao desconhecido e ao misterioso mundo do outro. O chamado para construir vínculos e expandir o mundo pessoal é definido na fronteira do tempo irreversível: “o esforço humano em direção ao desconhecido é um aspecto inevitável do ser – criando novidade – e é, em si mesmo, um ato de cruzar fronteiras. Os mundos sociais habitados pelos seres humanos são configurados para canalizar esta luta intrínseca para o desconhecido”. (VALSINER, 2007, p. 375-376, tradução nossa)

Algumas vezes o desconhecido apresenta-se de forma impactante, como uma ruptura. O momento do diagnóstico “soropositivo para o HIV”, mais do que a descoberta do vírus, é a vivência por antecipação da doença e dos seus significados socialmente compartilhados: a exclusão, a solidão, a destruição dos seus vínculos afetivos e a morte. No momento do diagnóstico, as mulheres vivenciam por antecipação o sentimento da perda de tudo, inclusive de si mesmas. O silêncio, em muitos casos, é um dos recursos utilizados como um mecanismo de proteção por essas mulheres. O silêncio, por sua vez, pode apresentar-se de forma consciente ou inconsciente, em situações em que sua integridade é ameaçada. O medo do abandono, do preconceito, da discriminação e os estereótipos formados em torno da doença interferem diretamente nessa atitude frente ao diagnóstico através do silêncio como forma de proteção. De acordo com Saldanha (2003, p. 110), “[...]”

muitos depoimentos evidenciam que a coragem para a superação das incertezas trazidas pela soropositividade é dada pelos filhos” para aquelas que já são mães ou estão grávidas. Os filhos trazem a vontade para superação da crise, uma vez que eles representam a maior motivação para a vida.

A gravidez em mulheres soropositivas possibilita seu reposicionamento diante da doença – maior adesão ao tratamento, principalmente em favor dos filhos; o fortalecimento do desejo de vida –; maior autocuidado; uma sobreposição das questões da maternidade em relação à sua doença; e uma fonte de motivação para a vida. Tudo isto é reiterado nos relatos das mulheres soropositivas entrevistadas:<sup>2</sup> (a) Linda: escolheu ser mãe sabendo da sua soropositividade; (b) Vilma: escolheu ser mãe após muitos anos sendo soropositiva, tendo conhecido o pai da sua filha em sua militância pelos direitos dos soropositivos, uma vez que ele também tem HIV; e (c) Joana: adesão ao tratamento por amor aos filhos: “*se eu não tivesse filhos, juro pra você que eu deixava pra lá*”.

As desigualdades de gênero ficam ainda mais evidentes nas relações íntimas. A vulnerabilidade e os riscos por que passam muitas mulheres em seus relacionamentos são explicitados pelos números de abusos e violências domésticas dos quais são vítimas. A evolução da epidemia do HIV/AIDS demonstra com uma nitidez especial as dificuldades por que passam muitas mulheres: dificuldades de negociação de uso da camisinha, resignação frente às traições do parceiro, opressão e exploração cotidianas. (ENGENDERHEALTH; FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2008)

A discriminação de gênero, como qualquer outra discriminação, é pautada pelo problema das distorções do poder, sustentadas por discursos sociais que as legitimam e naturalizam as desigualdades que subordinam os sujeitos a determinados espaços sociais e subjetivos. O tratamento desigual dado aos gêneros, em termos políticos, culturais e socioeconômicos, reflete-se na não observância dos direitos fundamentais – através de relações desiguais de poder, organizadas em sistemas de crenças e códigos de valores que dificultam o acesso homogêneo aos bens materiais e simbólicos –, tanto nas famílias como na sociedade em geral. (SALDANHA, 2003)

Nos relatos das participantes, é evidente o quanto a maternidade torna-se o foco em suas vidas, passando a doença a ocupar um lugar de importância e impacto menor em relação ao momento em que não eram mães. (CASTRO, 2001 apud GONÇALVES; PICCININI, 2007) “[...] demonstraram que a ideia de ter um bebê traz felicidade para mulheres portadoras do HIV/AIDS, havendo, entre elas, expectativas positivas com relação a uma gravidez e à capacidade de cuidar da criança, especialmente se o parceiro apoia esse desejo”. (MURPHY et al., 1998 apud

2 Estão sendo utilizados pseudônimos para manter a privacidade das participantes da pesquisa.

GONÇALVES; PICCININI, 2007, p. 120) A maternidade apresenta-se, então, como expressão de um importante desejo humano, o de querer amar e ser amado, com implicações tais quais: revisão de valores, tomada de posição em relação ao seu processo saúde-doença e desenvolvimento de novas formas de poder e de enfrentamento das situações de discriminação. (ATHANIEL, 2006; SALDANHA, 2003)

As mulheres apresentam o desejo de maternidade intimamente relacionado ao anseio de constituir uma família. A vontade de ter um filho é resultado de um conjunto de fatores, sejam eles conscientes ou inconscientes, tais como: (a) o desejo de realizar um sonho que foi cultivado desde a infância; (b) o desejo de aprofundar o vínculo e/ou retribuir o amor recebido pelo parceiro; (c) de preencher um vazio interno; (d) o desejo de continuidade e esperança da imortalidade através da criança; (e) a possibilidade de consolidação; (f) o sonho de constituir família; (g) o desejo de corresponder à expectativa social; (h) a necessidade de se autoafirmar como pessoa saudável em contrapartida ao adoecimento; (i) a possibilidade de realização plena como mulher; (j) além do fortalecimento dos vínculos afetivos e do crescimento pessoal.

Tais aspectos são evidentes ao considerar as histórias aqui relatadas: a de Linda, que escolheu ser mãe sabendo da sua soropositividade e que sofre com o afastamento dos seus familiares, por conta da sua recusa em dar mama; a de Vilma, que escolheu ser mãe após muitos anos sendo soropositiva e que milita pelos direitos dos soropositivos; ou a de Joana, que aderiu ao tratamento por amor aos filhos.

#### NARRAR PARA RESSIGNIFICAR: AS HISTÓRIAS DE LINDA, VILMA E JOANA

A diversidade de experiências que marcam as trajetórias de mulheres soropositivas e mães pode ser observada no breve, mas significativo, relato das histórias das três participantes. Em cada um dos casos são evidenciados componentes que mostram o quanto ser mãe, nesse contexto, é vivenciado sob o signo da exclusão.

##### *Linda*

Linda ficou muito feliz quando engravidou. Foi uma gravidez desejada e esperada – ela escolheu o momento certo para parar de tomar o anticoncepcional. Relata que já tinha casa própria, um emprego, um marido bom e que queria ser pai. Ela também queria ser mãe, e seus parentes e amigos também cobravam essa gravidez. Seu marido ficou muito feliz com a gravidez, foi o primeiro filho dele também. Ela se informou com os médicos sobre o pré-natal e os remédios que teria que tomar. Para Linda, ter um filho foi uma decisão muito difícil, diante da possibilidade de

transmissão do HIV. Mesmo com todos os cuidados, rezou muito, pediu muito a Deus pela saúde do seu filho: “*é tudo pela fé. Fé em Deus que a criança nasça sem o vírus*”. O período da gravidez foi o momento de melhor adesão ao tratamento da doença.

Linda conta que resolveu dizer para a família que não queria dar mama, sem apresentar suas razões, para que não tivesse que revelar sua soropositividade. A reação dos familiares foi o afastamento e o julgamento de Linda como uma mãe irresponsável, rebelde e vaidosa. As pessoas da família cortaram relações com ela e foram embora da sua casa, apenas uma semana após o parto. Linda, então, ainda sentindo as dores da cirurgia e com os pontos minando, precisou assumir os cuidados da casa – lavar roupa, limpar a casa, fazer comida –, além de cuidar do bebê recém-nascido. Por tudo isso, fala que não repetiria todo esse sofrimento para ter outro filho, pois sem o apoio dos parentes fica muito difícil.

### *Vilma*

Vilma é uma militante pelos direitos dos soropositivos; sua fala é completamente orientada pela sua identidade de “professora” e “militante”.

*A maternidade me deu isso: maturidade, mais segurança. Mas eu acho que para você pôr uma criança no mundo, tem que ter uma responsabilidade muito grande. O nosso país é um país em que as mulheres são ‘mama África’, são mãe e pai ao mesmo tempo, e eu acho um erro. Essa camada povão à qual eu pertença, eu fui muito ousada, onze anos convivendo com HIV. Foi quando eu tive Estela. É difícil você entrevistar uma pessoa com dezoito anos com HIV, que nunca adoeceu, nunca internou, não é um paciente que pode se dizer: ‘eu vi a AIDS de frente’. Nunca vi, não sei quem é, não quero conhecer também, não quero ser apresentada, mas... E se eu virar o outro? Quem vai ficar com a minha filha? Eu não tenho parentes na parte da minha mãe. (Vilma – B2)*

Quatro grandes temas emergiram a partir da narrativa de Vilma: (1) o sofrimento de ter sido traída e infectada pelo único homem que ela havia amado em sua vida; (2) a falta de uma rede de apoio durante toda a gravidez; (3) a importância do ativismo em sua vida; e (4) o medo do estigma e da discriminação, da comunidade em geral, na vida de sua filha.

### *Joana*

Joana conta que tinha dezoito anos quando teve sua primeira filha e que foi um susto, uma gravidez inesperada. Ela relata sempre ter tido vontade de ser mãe. Perdeu sua mãe muito nova, aos cinco anos, mas não esperava ser mãe adolescente.

O relacionamento com o pai da sua primeira menina não durou muito. Dois anos depois, Joana teve a segunda filha. Essa segunda gravidez foi mais madura, pois ela conta que já tinha mais experiência. O seu filho caçula, de sete anos, é fruto o seu relacionamento atual. O seu marido não tinha filhos e desejava muito ser pai; foi uma gravidez programada, desejada e esperada, e foi nessa gravidez que Joana descobriu o HIV. Conta que aderiu ao tratamento por conta dos seus filhos:

*Quando eu tive a minha primeira filha, eu tinha 18 anos. Então, eu era muito nova e no início foi um susto. Porque é uma coisa, assim, que ninguém quer, principalmente pai e mãe. Eu não tenho mãe, minha mãe morreu quando eu tinha 5 anos. Mas eu sempre tive a vontade de ser mãe. [...] E em relação ao pequeno [filho de 7 anos], foi logo quando eu casei. Meu marido [3º marido] não tinha filhos, queria ter filho, aí a gente foi, programou tudo direitinho, eu engravidei, e foi quando eu soube do problema da soropositividade, na terceira gravidez. Foi fazendo o pré-natal. (Joana – B2)*

O ideal de amamentação como um ato de doação e amor para com o seu filho é um valor fortemente incutido em todas as mulheres durante o processo de socialização. Para muitas mulheres, tal ato está relacionado como uma das atitudes de uma boa mãe. As mães soropositivas são, então, duplamente constrangidas: além do sofrimento de não poderem alimentar o seu bebê com o leite materno, são também intimidadas pelas situações de discriminação das quais são alvo. (FERACIN, 2002)

Mesmo sabendo que é o melhor a ser feito para o seu filho, o não aleitamento é vivido como algo que reafirma o estigma da doença e com um grande pesar. A experiência das participantes desse estudo converge com o que outras pesquisas indicaram: a amamentação em contexto de soropositividade é permeada por muitas dúvidas e sentimentos de culpa. As mulheres seguem as orientações das equipes multiprofissionais de não amamentar, prioritariamente para prevenir a infecção do bebê. (BELLINI, 2008)

Esses breves exemplos ilustram a miríade de tensões e ambivalências que caracterizam a experiência da maternidade em mulheres soropositivas para HIV. Consideremos o caso de Linda para refletir sobre uma tensão central que parece definir o drama dessas mulheres e que está contida na questão posta no início deste capítulo: de que forma a maternidade contribui para um isolamento social, e, por outro lado, de que forma estimula o contato interpessoal, a partir da revelação do segredo e da saída do isolamento?

## MÃE E SOROPOSITIVA: ENFRENTANDO MÚLTIPLAS AMBIVALÊNCIAS

As mulheres soropositivas são frequentemente rejeitadas e recriminadas quando apresentam sua vontade de serem mães ou quando engravidam, não só por parte de conhecidos, vizinhos e parentes, mas também por muitos profissionais de saúde. Grande parte dessas mulheres atribui um grande valor à maternidade, a tal ponto que o desejo de ser mãe sobrepõe-se aos medos da transmissão do HIV e das consequências de serem reveladas como soropositivas. Os sentimentos de culpa e medo – pela possibilidade delas serem meios de transmissão da doença –, e o sofrimento pelas limitações que a doença provoca, mesmo presentes, ficam sublimados pela perspectiva, pelo desejo e sonho de serem mães. (ATHANIEL, 2006; GONÇALVES; PICCININI, 2007; PAIVA et al., 2002; QUEVEDO, 2010; ROMANELLI et al., 2006; SALDANHA, 2003)

A falta de acolhimento e receptividade por parte dos familiares e amigos para as mulheres infectadas pelo HIV pode aumentar a sua vulnerabilidade ao adoecimento. Para elas, resistir à doença apresenta-se como uma forma de garantir o cuidado do filho até que ele atinja a independência financeira. (ATHANIEL, 2006; QUEVEDO, 2010; SALDANHA, 2003)

A melhora na adesão ao tratamento – efeito observado nos relatos e comprovado pelos registros nos prontuários – é uma das mais significativas mudanças que a gravidez provoca no cotidiano dessas mulheres soropositivas. (ATHANIEL, 2006) Ao mesmo tempo, elas experienciam culpa pela possibilidade de colocar o filho em risco; têm medo de que possam infectá-lo; medo de que não possam estar presentes na vida dos filhos em consequência do agravamento da doença e de sua morte; receio dos preconceitos e discriminações que tanto elas quanto os seus filhos possam sofrer durante a vida – desde as dificuldades nos atendimentos e no parto até os afastamentos e discriminações sofridas na vizinhança, pela família ou nas instituições que frequentam, a exemplo da escola dos filhos.

Contrasta-se, dessa forma, a perspectiva de vida, os sentimentos de realização, saúde e felicidade de poder gerar uma criança, uma vida, com os sentimentos de culpa, medo, tristeza, depressão, ansiedade e dor gerados pela doença HIV/AIDS, e suas consequências, na vida dessas mulheres. (GONÇALVES; PICCININI, 2007; SALDANHA, 2003)

Dentre as maiores dificuldades enfrentadas pelas mães soropositivas após o nascimento da criança, destacam-se: (a) a manutenção do sigilo sobre os diagnósticos materno e infantil; (b) a proibição de amamentar a criança e aceitação dessa restrição; (c) a convivência com o diagnóstico temporário da sorologia positiva ao HIV da criança; (d) a insuficiência de recursos financeiros para possibilitar uma vida digna; (e) o abandono, a separação ou a morte do companheiro; (f) as preocupações com o futuro das crianças se a mãe adoecer gravemente; (g) o enfrentamento

do preconceito e da discriminação; (h) o desemprego e a falta de recursos para sustentar a família.

Nesse contexto, a religião frequentemente surge como apoio – a fé na cura se assenta na crença em um poder superior, que lhes dá esperança e crédito –, representando uma importante rede de suporte emocional, psicológico e, algumas vezes, também, social. (ATHANIEL, 2006; QUEVEDO, 2010; SALDANHA, 2003) Linda, por exemplo, conta que fortaleceu sua fé e tornou-se religiosa após a descoberta do HIV. Abraçou a religião batista após a descoberta da soropositividade. Diz que a religião a fortalece e que a fé em Deus a ajuda a continuar sua vida de forma mais humilde, sendo um guia em seu cotidiano:

*Hoje em dia eu sou batista, porque só a fé para me dar forças. Quando eu descobri essa doença, eu entreguei minha vida para Jesus. Porque só ele mesmo para nos fortalecer. Antes eu me achava a tal, eu era do mundo. E hoje em dia eu sou mais humilde. Antigamente, na rua, eu não falava com ninguém, eu me achava a poderosa. Mas a gente tem que ser humilde.*  
(Linda – B1)

A religião representa para muitas mulheres, em condições análogas às de Linda, uma importante fonte de motivação para a vida. A esperança de cura é enraizada pela fé em um poder superior e lhes dá força para a superação da crise e para a vivência do cotidiano. A religião atua como uma referência, um guia constituído por regras de conduta e padrões de vida, permitindo que o indivíduo encontre um espaço socialmente acolhedor e facilitando o enfrentamento do sofrimento, do medo e da angústia. (SALDANHA, 2003) É o recurso simbólico mais presente nas narrativas – entendendo-se recurso simbólico como um elemento socialmente compartilhado que se transforma em um instrumento psicologicamente relevante, uma ponte entre mundo interior e a realidade compartilhada. (ZITTOUN, 2006)

Mesmo assim, o recurso da fé e a pertença a comunidades, tal como aparecem na história das entrevistadas, não ultrapassam o estigma que, em algumas situações, parece aprisionar as mulheres mães soropositivas.

#### O SEGREDO, O MEDO DA REJEIÇÃO E A REDE SOCIAL DE SUPORTE

O medo da discriminação isola estas mulheres e essa atitude faz com que a sua rede de apoio não seja extensa. Ainda quando ocorre a revelação, seja para o companheiro atual ou para pessoas da família mais próximas – na maior parte das vezes, a família do companheiro –, um pacto de silêncio é frequentemente estabelecido entre os que sabem.

Assim, falar sobre o HIV/AIDS é trazer a doença para o cotidiano, é ter que enfrentar e buscar respostas e, principalmente, revela sua proximidade, torna visível a vulnerabilidade que ronda a todos. (SALDANHA, 2003)

A revelação da soropositividade é um dilema que traduz o medo de não ser aceito devido ao HIV. No dia a dia, as questões relacionadas ao HIV vão surgindo e não são compartilhadas, sobrecarregando essas mulheres em termos de saúde mental, física e emocional. Existe, então, a convivência com o paradoxo saúde/doença, vida/morte, o tempo todo. Permanece uma culpa diante do que não podem/não se permitem revelar – culpa que a família, amigos e a sociedade reforçam com cobranças, discriminação, isolamento e omissão. Resta, muitas vezes, para essas mulheres, um mundo de esquivas e disfarces. O medo da rejeição, a dúvida da revelação da soropositividade e a insegurança quanto à reação dos outros levam, muitas vezes, a uma fuga de relacionamentos afetivos, talvez como forma de evitar uma possível situação de abandono. (SALDANHA, 2003)

Assim, também existe entre essas mulheres uma sobrecarga física, social, psicológica e emocional relativa à infecção pelo HIV; ao enfrentamento do diagnóstico; ao seu estado de saúde; à revelação ou à manutenção do segredo sobre a doença e à incerteza quanto ao seu futuro e o dos filhos. (GONÇALVES; PICCININI, 2007)

Nas circunstâncias de soropositividade, existe uma tendência a negar o fato de que a vida sexual e reprodutiva dessas mulheres continua após a infecção. As mães portadoras do vírus estariam, então, desafiando e até violando o discurso canônico. Elas se enquadraram em uma situação em que ocorre a perda do reconhecimento social da maternidade enquanto algo favorável; elas vão de encontro às crenças sociais a respeito de uma maternidade aceitável. As mulheres portadoras do HIV/AIDS que escolhem ter um filho são, muitas vezes, consideradas irresponsáveis e descuidadas por colocar a criança em risco.

O que ocorre nesses casos, entretanto, é que a maternidade proporciona para essas mulheres portadoras de HIV um maior senso de competência: elas centralizam suas vidas no papel materno, sendo a criança um símbolo da continuidade de seu legado pessoal e cultural, além da esperança de superar os próprios erros. Muitas vezes, os filhos são referidos como a principal fonte de apoio para as essas mães, o que confirma o forte vínculo mantido entre mães e filhos, embora se tenha, também, a solidão e o isolamento social que elas se encontram. (GONÇALVES; PICCININI, 2007)

O exercício da maternidade constitui-se, assim, numa prática solitária e exclusiva para muitas mulheres portadoras do HIV/AIDS. Esse isolamento social, muitas vezes, se inicia quando a mulher recebe o diagnóstico. A percepção do perigo de morte gera sentimentos cujo impacto compromete as suas autorreferências e contribui para o abandono de sonhos e projetos pessoais para o futuro concentrando-se

na preocupação de manter a doença em segredo. A permanência do segredo em relação à condição de soropositiva ocorre, em sua maioria, com a finalidade de proteção em relação ao preconceito, inclusive dentro da família e no círculo de amigos próximos. A partir desse contexto, constata-se que a soropositividade representa um perigo físico e é vivida enquanto uma ameaça de discriminação social, tornando-se um perigo do ponto de vista emocional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As narrativas das mulheres soropositivas para HIV que participaram desse estudo indicam que a maternidade é significada como uma experiência positiva, prazerosa e gratificante, principalmente entre aquelas que possuem pessoas em quem podem confiar, com quem podem contar com ajuda e apoio.

Para essas mulheres, as dificuldades enfrentadas por conta de sua condição de saúde constituem eventos dolorosos, que muitas vezes se configuram enquanto uma ruptura seguida de uma transição desenvolvimental. No enfrentamento dessa situação, elas precisam experienciar (sentir) a dor; encontrar o significado da dor e oportunidades de partilhá-la e dividi-la; reconhecer os limites e as possibilidades do presente; promover o próprio desenvolvimento e o do filho, criar novas formas de relação, novos conceitos, novos pensamentos.

Com suas histórias de vida, Vilma e Joana exemplificaram, nesse estudo, como é possível a promoção de desenvolvimento a partir da ressignificação das experiências dolorosas: Vilma encontrou força em sua militância e no seu papel como educadora e promotora de mudanças nas pessoas; e Joana estreitou sua relação com seus filhos, seu marido e com seu papel como filha de santo.

As mães em isolamento social permanecem imersas na experiência do sofrimento de forma que a dor inicial gradativamente vai aumentando, tal qual uma bola de neve. É um movimento cíclico de dor e medo no qual a maternidade é significada como mais um motivo para se fechar para os outros, na tentativa de proteção das discriminações que podem acontecer, gerando ainda mais dor. O depoimento de Linda, dentre as mulheres entrevistadas que permanecem no isolamento, evidencia o impacto da falta de suporte social no desenvolvimento de um ser humano: Linda tinha um relacionamento gratificante com o marido, mas há três anos ele foi assassinado. Ela mantém o pacto de segredo que havia feito com ele e afirma que não optaria pela maternidade outra vez pela dificuldade de ser mãe sozinha.

As experiências de dor vivenciadas pelas mães soropositivas – seja a dor da descoberta do HIV, da traição, da impossibilidade da amamentação ou dos episódios de preconceito e discriminação – são vivenciadas de maneira completamente diferente, até mesmo de forma oposta, a depender de uma condição fundamental: a

existência de uma rede social de suporte – de um marido presente, de uma família próxima, de alguns amigos e/ou participantes dos grupos dos quais elas fazem parte (trabalho, religião, vizinhança).

É de grande importância, então, o estudo dos processos afetivos em contextos nos quais rupturas e transições ocorrem de forma tão impactante na vida dos indivíduos, como a maternidade em situação de soropositividade. A existência de uma rede social de suporte mostrou-se como condição fundamental para uma melhor qualidade de vida na vivência da maternidade. O processo de retirada dos contextos de interação social envolve custo emocional e pode estar associado a processos de depressão. As experiências de enfrentamento perante as dificuldades – seja a dor da descoberta do HIV, da traição, da impossibilidade da amamentação ou dos episódios de discriminação – são bastante diversificadas, a depender da presença ou ausência de uma rede social de suporte ao lado dessas mães soropositivas. A participação da família na vida dessas mulheres é imprescindível para o seu bem-estar e para seu fortalecimento físico, emocional, mental e social.

Renascendo

*Entrego a Deus a força da terra / Como mulher decido meus caminhos / Pela doação dou continuidade às sementes e ao processo / Colho garra e o caloroso contato / Afinal, a vida é mesmo tão simples / Como o sorriso de uma criança / E tão frágil como uma pétala de rosas. / A criatividade e o discernimento que brotam da cachoeira / Não de iluminar o ourives e fertilizá-lo / Com o amor de índio e com a gratidão / Pela vivacidade do ventre eterno. / Minha identidade e meu processo são essa caminhada / De improviso e luz, jovem árvore donde encanto brota / Doce perseverança da cor afro. / Abraço o novo com os laços vividos / A delicadeza e a imensidão do mar me ensinam: 'Firmeza e coragem, menina. Avante, mulher!'*

(SILVA)<sup>3</sup>

## REFERÊNCIAS

ATHANIEL, M. A. S. *Significados e implicações de ser mãe no processo saúde-doença de mulheres com Aids*. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BELLINI, N. R. *Significações psicossociais do diagnóstico de HIV e do impedimento da amamentação para as gestantes: um estudo clínico-qualitativo*. 2008. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

3 Poema de Renata Moreira da Silva, autora do capítulo.

ENGENDERHEALTH; FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (coord.). *Saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e Aids*: subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativistas. New York: EngenderHealth; Brasília, DF: UNFPA, 2008.

FERACIN, J. C. F. *Atitudes e sentimentos das mulheres que vivenciaram gravidez e a soropositividade ao vírus HIV*. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

GONÇALVES, T. R.; PICCININI, C. A. Aspectos Psicológicos da Gestação e da Maternidade no Contexto da Infecção pelo HIV/Aids. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 113-142. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v18n3/v18n3a07.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2019.

PAIVA, V. *et al.* Sem direito de amar?: a vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 105-133, 2002.

QUEVEDO, M. P. *Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco*. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ROMANELLI, R. M. de C. *et al.* Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 6, n. 3, p. 329-334, jul./set. 2006.

SALDANHA, A. A.W. *Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável*. 2003. Tese (Doutorado em Ciências) – Departamento de Psicologia e Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, R. M. da. *Um corpo que abriga uma vida e um vírus: o significado da maternidade para mães soropositivas para HIV*. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, 1012.

VALSINER, J. *Culture in minds and societies: foundations of cultural psychology*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007.

ZITTOUN, T. Dynamics of interiority: ruptures and transitions in the self development. In: SIMÃO, L. M.; VALSINER, J. (ed.). *Otherness in question: labyrinths of the self*. Charlotte: Information Age Publishing, 2006. p. 187-214.

# 16

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: QUANDO A ASSISTÊNCIA DESUMANIZADORA DEIXA MARCAS ALÉM DO CORPO

Patrícia Brito R. de Oliveira  
Márcio Santana da Silva

As recomendações sobre a Humanização do Parto têm sido mais frequentes em todo mundo a partir da divulgação de determinações da Organização Mundial da Saúde (2005, 2014) e de novas políticas públicas de saúde que visam à garantia dos direitos das mulheres e o respeito a sua saúde sexual e reprodutiva. A partir desse movimento e da constatação de que as políticas para promover uma assistência obstétrica respeitosa não foram adotadas ou não foram convertidas em ações preventivas eficazes, surge a discussão sobre a violência obstétrica. (DINIZ, 2005)

Na contramão das recomendações dos órgãos internacionais de saúde, o modelo hegemônico de atenção ao parto no Brasil é um modelo biomédico e intervencionista, que diminui a possibilidade de escolha da mulher, desconsidera sua história, suas experiências, medos e desejos, favorecendo a passividade no seu processo de cuidado da gestação ao pós-parto. (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004) Com isso, esse período da vida é muitas vezes lembrado pelas mulheres como uma experiência que deixa marcas além do corpo, como, por exemplo, repercussões emocionais e sociais, como mostram estudos realizados nos últimos anos sobre a prevalência de violência obstétrica. (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; CIELLO et al., 2012; PEREIRA, 2004; QUEVEDO, 2012; SALGADO, 2012; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006)

Inseridas nesse contexto da assistência obstétrica, pública ou privada, encontram-se mulheres que se deparam constantemente com vários tipos de violência obstétrica, desde a dificuldade de acesso à assistência à saúde, como situações de fragilidade e violência física ou verbal, com consequências psicológicas, físicas, econômicas e sociais. (RATTNER, 2009) Realizar um estudo sobre violência obstétrica torna-se necessário, devido a sua repercussão na saúde pública e mais especificamente na saúde da mulher, pois mulheres afetadas pela violência, muitas vezes, retratam suas lembranças desse período como uma experiência traumática. (AGUIAR, 2010; DINIZ; D'OLIVEIRA; LANSKY, 2012; DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004; PARKER, 2004; ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2009) Tais experiências podem desenvolver nas mulheres transtornos psiquiátricos, como o transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade e a depressão pós-parto, trazendo prejuízos sociais e econômicos, inclusive podendo afetar a formação do vínculo mãe-bebê e comprometer a sua relação conjugal. (LARKIN; BEGLEY; DEVANE, 2012; PARKER, 2004; SOUZA, 2014; ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2009)

A partir da definição da Lei Orgânica da Venezuela de 2007,<sup>1</sup> compreende-se a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero, entendida como ações realizadas pelos profissionais de saúde, sejam elas físicas ou verbais, que anulam a autonomia da mulher nas decisões sobre o seu corpo e seu processo reprodutivo, através de uma assistência desumanizadora, do abuso da medicalização e da patologização dos processos naturais. (ASAMBLEA NACIONAL, 2007) Uma assistência é considerada desumanizadora quando desrespeita dois aspectos fundamentais da Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN): (1) o dever das unidades de saúde de receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido e (2) a adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento. (BRASIL, 2002)

A violência de gênero tem suas bases fixadas nas características das sociedades patriarcais, nas quais prevalecem estruturas de discriminação e subordinação da mulher que consolidam a formação de conceitos e valores que desqualificam sistematicamente a mulher, suas atividades e opiniões. (ASAMBLEA NACIONAL, 2007) Por ter sua base fixada na sociedade patriarcal e por poder ocorrer de forma sutil, a violência obstétrica nem sempre é reconhecida por sua vítima como um ato

1 Na revisão de literatura nacional e internacional, foram encontradas nomenclaturas diferentes para se referir ao tema da violência obstétrica, como, por exemplo, violência institucional, (AGUIAR, 2010; AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011) desrespeito, maus-tratos e abuso na atenção obstétrica, (MCMAHON et al., 2014; SCHROLL; KJÆRGAARD; MIDTGAARD, 2013) e violência de gênero no campo da saúde. (SCHRAIBER et al., 2009) Entretanto, na legislação brasileira, ainda não há uma definição para esse tipo de violência e, por esta razão, neste estudo será adotado o termo "violência obstétrica" a partir da definição da Lei Orgânica da Venezuela de 2007.

de violência. Embora, mesmo sem tal reconhecimento, esse tipo de violência possa acontecer e favorecer a ocorrência de transtornos psiquiátricos, limitações físicas e comprometer o vínculo mãe-bebê. (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013)

A violência é um fenômeno social, que envolve relações culturais, políticas e econômicas historicamente construídas (RISTUM, 2014) e pressupõe uma desigualdade de poder. (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011) Na assistência obstétrica, a relação entre as usuárias e o profissional de saúde é caracterizada pela assimetria de poder. (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011) Nessa relação, os profissionais de saúde de diferentes formações são reconhecidos pela sociedade, pelo Estado e pela cultura como especialistas para o cuidado, promoção e prevenção em saúde. (AGUIA; D'OLIVEIRA, 2011) Durante a gestação, o parto e o puerpério, os profissionais e as instituições de saúde são as principais fontes para acompanhamento e o eventual tratamento, fator que pode reforçar a ideia do poder simbólico, que se estrutura em três bases: (a) a generosidade intrínseca de tratar dos que precisam, mas não podem pagar; (b) a manutenção de monopólio dos saberes sobre o corpo e nas formas de nele intervir; e (c) a desqualificação do outro enquanto portador de saberes e de direitos sobre o próprio corpo. (PEREIRA, 2004) É esta estruturação do poder simbólico que permite um processo contínuo e silencioso de objetificação das mulheres nos serviços de saúde e pode interferir na autonomia da mulher para as decisões sobre o seu corpo e os cuidados do seu bebê, assim como diminuir a possibilidade da mulher de se opor em casos de abuso, maus-tratos ou desrespeito.

A partir da ideia do poder simbólico, é importante ressaltar que alguns grupos de mulheres se tornam mais vulneráveis no que se refere à assistência hospitalar à vitimização pela violência obstétrica. A violência obstétrica está associada a outros fatores socioculturais e econômicos como idade, escolaridade, classe social e etnia. As principais afetadas pela violência obstétrica são as mulheres negras, de baixa renda e de baixa escolaridade, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; HOTIMSKY et al., 2002; MCCALLUM; REIS, 2006)

#### VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS REPERCUSSÕES EMOCIONAIS: AS MARCAS PARA ALÉM DO CORPO

No contexto de uma atenção obstétrica marcada por atos de violência, cabe uma reflexão sobre as emoções e as particularidades de cada vítima, sobre as marcas que tal violência deixa além do corpo da mulher. Esse capítulo consiste em uma **revisão de literatura** na qual foram analisadas as repercussões da violência obstétrica na saúde da mulher. Em uma revisão não sistemática, os artigos, dissertações e teses foram selecionados pela base de dados PsycINFO, PubMed/MEDLINE, Scopus e Web of Science. Foram utilizados os descritores “violência obstétrica”, “violência

institucional” e “desrespeito, maus-tratos e abuso”, e foram pesquisados estudos publicados entre 2010 e 2015. As análises de nove estudos foram realizadas de acordo com três eixos temáticos definidos com base na caracterização e tipificação do conceito de violência obstétrica, na avaliação dos impactos e nas experiências das mulheres.

Nessa revisão de literatura nacional e internacional, foi possível encontrar estudos sobre violência obstétrica com diversos objetivos, tais como: (a) caracterização e tipificação do conceito; (BOHREN et al., 2015; BORBA, 2012; BOWSER; HILL, 2010) (b) avaliação dos impactos; (SOUZA, 2014) e (c) estudos com foco nas experiências das mulheres. (AGUIAR, 2010; LARKIN; BEGLEY; DEVANE, 2012; MCMAHON et al., 2014; SALGADO, 2012; SCHROLL; KJÆRGAARD; MIDTGAARD, 2013)

#### CARACTERIZAÇÃO E TIPIIFICAÇÃO DO CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

No que concerne à caracterização da violência obstétrica, Borba (2012) buscou, através de uma revisão integrativa de estudos realizados no Brasil, proposta pelo método de Cooper, a caracterização da violência embasada em seus tipos, na identificação dos profissionais envolvidos e nos locais de ocorrência. Nos resultados encontrados, constatou-se que a violência ocorre em todas as etapas do processo de parto e principalmente no pré-parto. Em relação aos profissionais, o médico foi frequentemente descrito como um dos atores da violência, porém, foi observada uma tendência de generalização da violência como prática de outros profissionais de saúde. No que se refere aos tipos, a negligência foi identificada como mais frequente, seguida pela ausência de informação, tratamento grosseiro, objetificação e promoção de desconforto durante os procedimentos.

Outros estudos de revisão também buscaram a caracterização do construto como, por exemplo, o estudo de revisão sistemática de Bohren e demais autores (2015) Nessa revisão, o objetivo foi sintetizar evidências qualitativas e quantitativas sobre os maus-tratos às mulheres durante o parto nas unidades de saúde, para a construção de uma tipologia baseada em evidências. Foram revisados 65 estudos provenientes de 34 países não descritos. Na análise dos resultados, foram separados os estudos pela abordagem de pesquisa: qualitativos e quantitativos. Os achados qualitativos foram organizados sob sete domínios: (1) abuso físico, (2) abuso sexual, (3) abuso verbal, (4) estigma e discriminação, (5) não cumprimento de padrões profissionais de cuidado, (6) mau relacionamento entre mulheres e provedores, e (7) condições e restrições do sistema de saúde.

Devido à alta heterogeneidade dos dados quantitativos, os autores não realizaram uma meta-análise; em vez disso, apresentaram descrições de características

do estudo, medidas de resultados e resultados. Diferente de Borba (2012), Bohren e demais autores (2015) não apresentaram, em suas análises, uma discussão sobre o envolvimento dos profissionais e nem sobre os locais de ocorrência, focalizando apenas na tipificação do construto. Porém, apesar desta limitação do estudo, sua abrangência, o objetivo e o método utilizados ofereceram contribuições para uma melhor compreensão do construto e para a delimitação deste objeto de estudo através do desenvolvimento de uma tipologia baseada em evidências do fenômeno.

Bowser e Hill (2010) analisaram as evidências publicadas, na literatura, referentes à definição, abrangência, contribuições e impacto de desrespeito e abuso no parto para avaliar intervenções e identificar as lacunas. Os termos utilizados na busca foram: “cuidados abusivos”, “cuidado desrespeitoso”, “nascimento digno”, “comportamento de cuidado”, “humanização do parto”, “discriminação durante o parto”, “estigma”, “contenção mecânica”,<sup>2</sup> “negligência”, “responsabilidade”, “direitos humanos e parto”, “profissionais de saúde”, “capacitação”, “reparação”, “sistemas de saúde e parto”, “qualidade do atendimento”, “barreiras ao tratamento de emergências obstétricas” e “percepção das mulheres sobre os cuidados maternos”. Com base em uma revisão abrangente das evidências, sete categorias de desrespeito e abuso no parto foram identificadas: abuso físico (essa categoria descreve ações praticadas no corpo das mulheres que causaram sofrimento físico, sejam elas procedimentos desnecessários ou agressões físicas); cuidado não consentido (categoria que descreve a realização de procedimentos nas pacientes sem a informação e nem o pedido de consentimento); o cuidado não confidencial (tal categoria descreve a falta de privacidade na assistência às mulheres tanto no que se refere aos locais privados para realização do parto quanto à privacidade das informações sobre a saúde e as informações pessoais das mulheres); cuidados indignos (a categoria descreve ações voltadas à humilhação e culpabilização da mulher, agressões verbais e divulgação pública de informações particulares da paciente); discriminação com base em atributos específicos das pacientes (categoria que apresenta descrições sobre discriminações das mulheres durante o parto, devido a raça, idade, status social, escolaridade, entre outras características); abandono de cuidados (categoria que descreve vários exemplos de abandono da assistência à mulher); e contenção em instalações (a categoria descreve ações praticadas pelas instituições de saúde que visam à detenção das mulheres em suas instalações, como, por exemplo, impedir a mulher de sair de alta hospitalar devido à falta de pagamento pela assistência).

---

2 A restrição de pacientes refere-se a qualquer dispositivo ou ação que restringe sua capacidade de movimentar-se, alterando sua capacidade de raciocínio, a liberdade de movimentos, a atividade física ou o acesso normal ao seu corpo. Quando o paciente tem o seu corpo amarrado, atado, preso, classifica-se esta forma de contenção como mecânica, e quando o paciente é imobilizado pelos membros da equipe sem o uso de dispositivos é classificada como contenção física. Alguns autores entendem que contenção física e contenção mecânica são sinônimos. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2009; PAES et al., 2009)

As categorias propostas de desrespeito e abuso tratam sobre os direitos humanos e os princípios de ética e destinam-se a ajudar a sintetizar e organizar a ampla gama de manifestações de atenção desrespeitosa e abusiva ao parto relatadas na literatura. No entanto, os autores pontuaram que as manifestações de desrespeito e abuso tipicamente se enquadram em mais do que uma categoria; assim, as categorias não se destinam a ser mutuamente exclusivas.

Assim como Bohren e demais autores (2015), o estudo de Bowser e Hill (2010) teve como foco a tipificação da violência obstétrica, trazendo contribuições para a construção do conceito, mas sem discussões mais amplas sobre os atores da violência obstétrica e os locais onde ocorrem. Apesar dos objetivos semelhantes, os estudos foram realizados através de métodos de pesquisa diferentes. Enquanto Bowser e Hill (2010) utilizaram a revisão de literatura, Bohren e demais autores (2015) fizeram uma revisão sistemática: para isso definiram uma estratégia de busca dos estudos, elaboraram critérios de inclusão e exclusão dos artigos e realizaram uma análise criteriosa acerca da qualidade da literatura selecionada.

Em relação à caracterização e à tipificação da violência obstétrica, nessa revisão de literatura internacional foram encontrados três estudos realizados em diferentes países: (1) o estudo de Borba (2012), uma revisão integrativa de estudos brasileiros; (2) o estudo de Bohren e demais autores (2015), uma revisão sistemática de 65 estudos provenientes de 34 países; e (3) a pesquisa de Bowser e Hill (2010), uma revisão de literatura. Tais estudos podem ser caracterizados como revisões abrangentes que trouxeram contribuições significativas para a construção do conceito de violência obstétrica e avançaram na tipificação das categorias de violência.

## AVALIAÇÃO DOS IMPACTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

No que diz respeito à avaliação dos impactos da violência obstétrica, foi observada uma escassez de estudos na literatura recente, pois apenas um estudo, de Souza (2014), teve como objetivo investigar a associação das várias categorias de violência obstétrica com depressão pós-parto. O método utilizado foi a revisão da literatura científica a partir de uma pesquisa nos bancos de dados Scopus,<sup>3</sup> análise de artigos que se encontravam nas referências bibliográficas das fontes indexadas e livros e teses sobre violência obstétrica. Os artigos foram organizados em categorias, tendo como base um modelo conceitual de qualidade de cuidado a partos e nascimentos. Foram criados indicadores de violência obstétrica e construído um modelo de regressão logística a fim de buscar a associação entre violência com depressão pós-parto.

.....  
3 Scopus é um banco de dados de resumos e citações da literatura com revisão por pares: revistas científicas, livros, processos de congressos e publicações do setor. Apresenta um panorama da produção de pesquisas do mundo nas áreas de ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais, artes e humanidades.

Os resultados deste estudo identificaram uma alta prevalência de depressão pós-parto, sendo maior em mulheres adolescentes e de raça não branca e uma forte associação positiva entre os diversos indicadores de violência na atenção obstétrica com a depressão pós-parto. Também foi observada uma interação positiva em escala multiplicativa da violência profissional por negligência com raça e com idade, da violência profissional física com idade e da violência profissional verbal com raça. A partir dos resultados dessa investigação, a autora concluiu que os indicadores utilizados para refletir a violência obstétrica mostraram-se positivamente associados à depressão pós-parto. Tal resultado mostra a necessidade da realização de projetos de intervenção com os profissionais da assistência obstétrica buscando uma reflexão sobre a necessidade de mudanças de atitude destes profissionais que atendam aos preceitos da política de humanização.

#### AS EXPERIÊNCIAS DAS MULHERES QUE VIVENCIARAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Em relação aos estudos realizados com foco na experiência das mulheres, foram observadas contribuições importantes nas publicações nacionais, como, por exemplo, o estudo realizado por Aguiar (2010), que teve como objetivo investigar como e por que a violência institucional acontece nas maternidades públicas no contexto brasileiro. Através de uma pesquisa de corte qualitativo, foram realizadas 21 entrevistas semiestruturadas com puérperas atendidas em maternidades públicas do município de São Paulo e 18 entrevistas com profissionais de saúde que atuam em diferentes maternidades, do mesmo município e de municípios adjacentes. A análise do material buscou relatos de violência institucional nos depoimentos e os valores e opiniões associados.

Os resultados dessa pesquisa revelaram que tanto as puérperas quanto os profissionais entrevistados reconheceram práticas discriminatórias e tratamento grosseiro no âmbito da assistência em maternidades públicas com uma frequência tão elevada que leva as pacientes a esperarem algum tipo de maltrato. As dificuldades estruturais, a formação pessoal e profissional e a impunidade relativa a tais atos foram apontadas como causas para a violência institucional. Os relatos também demonstraram a banalização da violência institucional através de jargões de cunho moralista e discriminatório, utilizados de maneira jocosa pelos profissionais; no uso de ameaças como forma de persuadir a paciente a aceitar as decisões da equipe; e na naturalização da dor do parto como preço a ser pago para se tornar mãe. O estudo de Aguiar (2010) teve como referencial teórico o conceito de violência em Marilena Chauí e as relações de poder entre os profissionais de saúde e pacientes, com base em Hannah Arendt e Michel Foucault.

O estudo de Larkin, Begley e Devane (2012), realizado na República da Irlanda, teve como objetivo descrever as experiências de parto das mulheres. Através de um estudo qualitativo descritivo que consistiu em entrevistas com grupos focais, foram identificados importantes aspectos das experiências de parto das mulheres. A coleta de dados foi realizada em quatro maternidades selecionadas aleatoriamente, onde foi recrutada uma amostra de conveniência de 25 mulheres que se voluntariaram para participar de cinco grupos focais. As participantes elegíveis eram maiores de 18 anos, capazes de discutir suas experiências de parto em inglês, que tivessem passado pelo trabalho de parto e tivessem tido um bebê saudável e vivo. A coleta de dados foi realizada cerca de três meses após o nascimento.

Nos resultados, foram identificados três temas principais: começar, chegar lá e consequências. As mulheres experimentaram o trabalho de parto em uma variedade de contextos e com diferentes aspirações. As parteiras desempenharam um papel fundamental na habilitação ou desenvolvimento de experiências positivas, assim como o controle era um elemento importante na experiência do parto. As mulheres muitas vezes se sentiram sozinhas e sem suporte. A ocupação das unidades hospitalares impedia a presença de acompanhantes para as mulheres tanto no início do trabalho de parto quanto no período após o nascimento. Algumas mulheres chegaram a relatar que não teriam outro bebê devido a suas experiências de parto.

Apesar da pesquisa de Larkin, Begley e Devane (2012) ter sido realizada em um contexto cultural diferente da pesquisa de Aguiar (2010), os dois estudos mostraram relatos de desrespeito aos direitos da mulher e do bebê. No estudo de Aguiar (2010) foram observados relatos de cunho mais discriminatório através de agressões verbais. No estudo de Larkin, Begley e Devane (2012), os relatos estavam associados mais ao impedimento de um acompanhante e à falta de suporte pelos profissionais de saúde.

Além do estudo de Larkin, Begley e Devane (2012), outro levantamento realizado com mulheres e seus parceiros da zona rural da Tanzânia corrobora os achados do estudo de Aguiar (2010): a pesquisa de McMahon e demais autores (2014) também evidenciou a manutenção de uma prática assistencial na atenção obstétrica, ainda marcada pela violência e o desrespeito.

McMahon e demais autores (2014) realizaram um estudo em 16 aldeias de quatro distritos da região Morogoro, na Tanzânia oriental, que teve como objetivo analisar como mulheres da zona rural e os seus parceiros masculinos descrevem desrespeitos e abusos vivenciados durante o parto, e como eles respondem ao abuso, em curto ou longo prazo. A pesquisa se baseou em entrevistas realizadas em profundidade com 112 participantes, incluindo mulheres que estavam no período de até 14 meses do pós-parto e os seus parceiros.

Quando inicialmente descreveram suas experiências de parto, as mulheres retrataram a assistência dos cuidadores como insatisfatória. Após a sondagem, as

mulheres relataram eventos ou circunstâncias que são descritas como abusivas na literatura da saúde materna: sentiram-se ignoradas ou negligenciadas, houve cobranças em dinheiro ou tratamento discriminatório e abuso verbal, e raros casos de abuso físico. Os resultados foram consistentes em todos os grupos de respondentes e distritos. Como resposta ao abuso, as participantes descreveram estratégias de aquiescência ou de não confrontação: resignar-se ao abuso, voltar para casa ou ignorar certas instalações ou provedores. Os entrevistados do sexo masculino descreveram abordagens mais ativas: solicitar um melhor atendimento, pagar propina, apresentação de uma denúncia e agressão de um cuidador.

Salgado (2012) realizou um estudo no Brasil com o objetivo de descrever e analisar a experiência da cesárea autorreferida como indesejada por mulheres que buscaram um parto normal e os mecanismos associados à discrepância entre o desejo original (de passar por parto normal) e o desfecho (a realização de uma cesárea), e suas implicações no pós-parto, a saber, no aleitamento materno, na ocorrência de depressão pós-parto e *babyblues*,<sup>4</sup> e na formação do vínculo. A pesquisa qualitativa contou com o preenchimento de roteiro de questões semiestruturadas, via e-mail, por mulheres participantes de mídias sociais, e a análise dos dados a partir de categorias predeterminadas e novas categorias advindas da análise.

Os resultados da pesquisa evidenciaram o uso rotineiro de práticas inadequadas e desrespeitosas, como o convencimento para realizar a cesárea com base em informações distorcidas e ameaçadoras, o descaso com o bem-estar físico e emocional da mulher, a privação de recursos e procedimentos baseados em evidências científicas na condução do pré-natal e do trabalho de parto, o desrespeito à Lei do Acompanhante,<sup>5</sup> a privação do contato com o bebê após o nascimento, o uso de medicamento para sedar as mulheres logo após o parto, entre outras ocorrências analisadas sob a ótica da violência institucional obstétrica. A análise dos resultados empíricos foi pautada na perspectiva das relações de gênero. Os resultados deste estudo reforçam as evidências encontradas nos estudos de McMahon e demais autores (2014) e Aguiar (2010) de uma assistência na gestação, parto e puerpério marcada pela violência obstétrica.

Schroll, Kjærgaard e Midtgaard (2013) realizou um subestudo de um levantamento multinacional que envolveu Bélgica, Islândia, Dinamarca, Estônia, Noruega

---

4 *Baby blues* é um distúrbio de humor que acomete a mulher no pós-parto (geralmente entre o terceiro e o décimo dia após o parto), também conhecido como tristeza materna, síndrome transitória ou disforia puerperal, caracterizado por um quadro de hipersensibilidade, comumente acompanhado de crises de choro, irritabilidade e ansiedade. (CANTILINO et al., 2010)

5 A Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, mais conhecida como a Lei do Acompanhante, determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. A lei determina que este acompanhante será indicado pela gestante, podendo ser o pai do bebê, o parceiro atual, a mãe, um(a) amigo(a), ou outra pessoa de sua escolha. (BRASIL, 2005)

e Suécia. O objetivo do estudo foi descrever como as mulheres, que já haviam sofrido abuso nos cuidados da saúde, davam sentido e manejavam sua experiência durante a gravidez, o parto e o período pós-natal precoce. A partir de uma perspectiva da psicologia fenomenológica, mulheres que haviam relatado sofrimento substancial como resultado de uma experiência anterior de Abuso Dentro do Sistema de Saúde (Abuse in Health Care – AHC) foram propositalmente selecionadas em uma amostra dinamarquesa de um estudo multinacional de coorte sobre os eventos negativos de vida entre as mulheres grávidas (o estudo Bidens). Onze mulheres foram entrevistadas individualmente por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada. As transcrições das entrevistas foram avaliadas por meio de uma análise qualitativa sistemática de condensação de texto.

Nos resultados, quatro categorias foram construídas para descrever as experiências das mulheres de abuso dentro do sistema de saúde, bem como suas consequências sobre a gravidez e o parto. As categorias construídas são as que se seguem: atos abusivos de dano não intencional (categoria que descreve atos de abuso praticados na assistência de saúde); desumanização (a categoria descreve os atos abusivos acompanhados por sentimentos que abalaram a autopercepção das mulheres); memória corporal (tal categoria descreveu as experiências abusivas que também resultaram em consequências duradouras para as mulheres, como por exemplo, consequências corporais e implicações na reprodução, como a desistência de ter outros filhos); e achado a força para seguir em frente (essa categoria descreveu como as mulheres relataram diferentes formas de manejar a experiência de abuso, maus-tratos e desrespeito, como, por exemplo, mulheres que procuravam relatar sua experiência para os profissionais de saúde). O abuso nos cuidados de saúde pode ter consequências profundas sobre a vida reprodutiva das mulheres, como impactos negativos sobre a sexualidade, o desejo de ter filhos e as expectativas da via de parto. No entanto, as mulheres descreveram formas construtivas para gerir a experiência, para que os profissionais de saúde também possam contribuir significativamente para, através da escuta dos relatos dessas mulheres, conseguir reconhecer as diversas formas de desumanização e conseguir, a partir desses relatos, praticar mais a empatia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da existência de diferentes estudos sobre violência obstétrica, foi observado ainda um número restrito, tanto na literatura nacional quanto na literatura internacional, de pesquisas que tratem dessa temática a partir da perspectiva da vítima, fator que revela a necessidade de um maior aprofundamento. Além dos poucos estudos levantados, apenas um deles buscou descrever os significados e sentidos da

violência obstétrica; no entanto, a partir da perspectiva fenomenológica. Escassos estudos foram realizados buscando correlacionar a experiência de violência obstétrica com a presença de transtornos mentais no pós-parto. Tais observações ainda mostram a lacuna nos estudos realizados sobre o conceito de violência obstétrica, apontando para a necessidade de uma avaliação mais ampla e aprofundada.

Com o objetivo de analisar as repercussões da violência obstétrica na saúde da mulher, esse estudo buscou realizar uma revisão de literatura com base em artigos, dissertações e teses, nacionais e internacionais, encontradas pela base de dados PsycINFO, PubMed/MEDLINE, Scopus e Web of Science. A análise dos nove estudos publicados entre os anos de 2010 e 2015 possibilitou o avanço na discussão sobre o construto da violência obstétrica.

O presente estudo possibilitou o entendimento do conceito de violência obstétrica, sua caracterização e tipificação, oferecendo uma descrição detalhada dos atores envolvidos, dos tipos possíveis de violência e sobre o contexto onde ela ocorre. Além disso, o estudo permitiu analisar as marcas da violência obstétrica além do corpo, descrevendo as repercussões emocionais e nas relações sociais das mulheres, a partir das perspectivas de diferentes áreas do conhecimento, como a antropologia, a sociologia, a medicina, a fenomenologia e a psicologia.

Nos estudos apresentados foi possível perceber a denúncia das mulheres, através das suas narrativas, da necessidade de muitas mudanças, como a melhoria da cobertura dos serviços e da qualidade do atendimento oferecido, por meio da capacitação dos profissionais e da sensibilização para lidar com as questões relativas ao cuidado e à assistência humanizada. Além da necessidade de uma melhor estruturação dos serviços de saúde para conseguir atender as pacientes que buscam assistência e cuidado.

Porém, alguns limites podem ser apontados neste estudo, como, por exemplo, a pouca abrangência dos trabalhos analisados, que foram concentrados em levantamentos publicados entre 2010 e 2015, não sendo possível expandir a discussão para outros estratos sociais e a outros contextos. Também seria importante ampliar o estudo dando vozes a outros atores participantes do contexto estudado, como os genitores ou outros familiares. Além disso, os próprios profissionais de saúde são atores sociais importantes que podem ajudar na transformação desta realidade de assistência à saúde.

Em resumo, a violência obstétrica resulta numa experiência que tem potencial para mobilizar diferentes sentimentos e transformações para a vida de uma mulher. Os diferentes tipos de violência aos quais as mulheres são expostas, associados com seus recursos individuais e a sua rede de apoio social, podem influenciar no seu bem-estar físico e emocional e em suas relações pessoais. Os estudos realizados sobre o tema têm potencial para favorecer a informação como forma de

fortalecimento dessas mulheres, mas ainda existem desafios para a compreensão aprofundada desse fenômeno na população brasileira, assim como para a elaboração e implementação de iniciativas preventivas.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M. de. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAguiar.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.
- AGUIAR, J. M. de; D’OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79–91, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.
- AGUIAR, J. M. de; D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287–2296, nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.
- ASAMBLEA NACIONAL (Venezuela). Ley violenci sobre el derecho de las mujeres a una vida libre violencia. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*. Caracas, n. 38.668, p. 23 abr. 2007. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.
- BOHREN, M. A. *et al.* The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic review. *PLOS Medicine*, [S. l.], v. 12, n. 6, p. e1001847, 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1001847&type=printable>. Acesso em: 2 fev. 2016.
- BORBA, C. *Violência institucional durante a parturição*. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/55284/000856962.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 4 abr. 2015.
- BOWSER, D.; HILL, K. *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis*. Boston: Harvard School of Public Health, 2010. Disponível em: [https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful\\_Care\\_at\\_Birth\\_9-20-101\\_Final1.pdf](https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf). Acesso em: 2 fev. 2016.
- BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 142, n. 67, p. 1, 8 abr. 2005. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/04/2005&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=176> m. Acesso em: 22 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa humanização do parto*: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.

CANTILINO, A. *et al.* Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n6/ao6v37n6.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2020.

CIELLO, C. *et al.* *Violência obstétrica*: “Parirás com dor”. [S. l.: s.n.], 2012. Disponível em: [http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC\\_VCM\\_367.pdf](http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC_VCM_367.pdf). Acesso em: 20 set. 2014.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. *Restrição de pacientes*. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2009. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Restri%C3%A7%C3%A3o%20de%20pacientes.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627–637, jul./set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.

DINIZ, S. G.; D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; LANSKY, S. Equity and women’s health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reproductive Health Matters*, London, v. 20, n. 40, p. 94–101, 2012. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2812%2940657-7?needAccess=true>. Acesso em: 2 fev. 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M. dos; LEAL, M. do C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S52-S62, 2004. Suplemento 1. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000700006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 24 set. 2019.

HOTIMSKY, S. N. *et al.* O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303–1311, set./out. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000500023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500023). Acesso em: 2 fev. 2016.

LARKIN, P.; BEGLEY, C. M.; DEVANE, D. “Not enough people to look after you”: An exploration of women’s experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 98-105, Feb. 2012. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0266613810001865?token=CDA5E59CAA82FE55FB15C98940C621DE7D10B234196BEDEC29F618FC758942AF5552FEA95F49D1AA703185971A8CFD>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MCCALLUM, C.; REIS, A. P. dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1483–1491,

jul. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n7/12.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

MCMAHON, S. A. *et al.* Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth: a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, [London], v. 14, n. 268, p. 3-13, 2014. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-14-268>. Acesso em: 2 fev. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf). Acesso em: 20 set. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório mundial da saúde 2005: para que todas as mães e crianças contem*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2005. Disponível em: [www.who.int/entity/whr/2005/media\\_centre/overview\\_pt.pdf](http://www.who.int/entity/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf). Acesso em: 20 set. 2014.

PAES, M. R. *et al.* Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ = UERJ Nursing Journal*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 479-484, out./dez. 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a04.pdf>. Acesso em: 24 set. 2019.

PARKER, J. Does traumatic birth increase the risk of postnatal depression? *British Journal of Community Nursing*, London, v. 9, n. 2, p. 74-79, 2004.

PEREIRA, W. R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 391-400, jul./set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a08v13n03.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2016.

QUEVEDO, P. *Violencia obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de género*. 2012. Tesis (Doctorado em Trabajo Social) - Universidad Nacional de Cuyo, [S. l.], 2012. Disponível em: [https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/4785/tesisquevedo.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf). Acesso em: 2 fev. 2016.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 13, p. 595-602, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2016.

RISTUM, M. As marcas da violência doméstica e a identificação por professores do ensino fundamental. *Revista Brasileira de Psicologia*, v. 1, n. 1, p. 14, 2014. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/view/issue/1754/393>. Acesso em: 2 fev. 2016.

SALGADO, H. de O. *A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento*. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28012013-160810/publico/HOS.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2016.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1019–1027, jul./ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a04v14n4.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2016.

SCHROLL, A.-M.; KJÆRGAARD, H.; MIDTGAARD, J. Encountering abuse in health care: lifetime experiences in postnatal women - a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, [London], v. 13, n. 74, p. 1-11, 2013. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-13-74>. Acesso em: 2 fev. 2016.

SOUZA, K. J. de. *Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto*. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17225/1/2014\\_KarinaJunqueiraSouza.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17225/1/2014_KarinaJunqueiraSouza.pdf). Acesso em: 2 fev. 2016.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 59, n. 6, p. 740–744, nov./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2016.

ZAMBALDI, C. F.; CANTILINO, A.; SOUGEY, E. B. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 252–257, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n4/a06v58n4.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2016.



# 17

## DIALOGICIDADE DO *SELFE* MOMENTOS INOVATIVOS NO PROCESSO DE SIGNIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOFRIDA POR USUÁRIA DA REDE PRIVADA DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO

Isa Patrícia Barbosa Cardoso

A discussão sobre a humanização do parto no Brasil tem crescido muito nos últimos anos, visando, principalmente, a garantir os direitos reprodutivos da mulher e também transformar o modelo de assistência à gravidez, ao parto, ao puerpério e às estruturas das instituições de saúde no país, através da efetiva implantação das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde em torno da humanização no parto. Nessa discussão, emerge o tema da violência obstétrica, que consiste em práticas que ferem a autonomia da mulher durante a assistência à sua saúde desde a fase gestacional até o puerpério. Essa violência se manifesta desde a negligência no atendimento até ameaças, tratamento grosseiro, indução à cesárea sem indicação clínica e sem as devidas informações baseadas em evidências científicas a respeito dos riscos inerentes para a mãe e bebês, bem como em relação a todos os tipos de partos, a fim de que a mulher possa ter o direito de fazer a sua escolha pela forma de nascimento do seu filho. (AGUIAR, 2010; AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; BOWSER; HILL, 2010; D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; MAIA, 2010; WOLFF; WALDOW, 2008)

Dada a grande relevância social do tema, o capítulo objetiva analisar o processo da dialogicidade do *selfe* e dos momentos inovativos na significação da violência obstétrica na experiência gestacional e do parto de uma mulher atendida na rede

privada de saúde. O estudo aqui descrito consiste em um estudo de caso único, realizado a partir da entrevista narrativa com participante inscrita em uma organização não governamental, empenhada no fortalecimento da autonomia das mulheres e nas mudanças na assistência ao parto no Brasil, através de orientações, relatos de casos, oferecendo acesso às informações em *site* específico sobre a humanização do parto.

Os dados foram analisados à luz das formulações teóricas no campo da psicologia cultural de base semiótica (VALSINER, 2012, 2018) e da Teoria do *Self* Dialógico, (HERMANS, 1996, 2001, 2012; HERMANS; KEMPEN; LOON, 1992) com destaque para a noção de Momentos Inovativos. (CRUZ; GONÇALVES, 2010; MEIRA, 2009; RIBEIRO; GONÇALVES, 2010; SANTOS; GONÇALVES, 2009; SANTOS; GONÇALVES; MATOS, 2010)

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

A violência obstétrica tem sido um problema nas práticas de atenção à mulher, visto que ela se apresenta de diversas formas, muitas vezes de maneira sutil, na gestação, no parto e no pós-parto. No Brasil, esse tema vem ganhando cada vez mais visibilidade devido às ações dos movimentos sociais em prol da humanização no parto e no nascimento. Através de redes sociais, blogs, encontros, rodas de conversas sobre a humanização, documentários, filmes, entre outros, esses movimentos têm buscado instruir as mulheres para que elas possam identificar esse tipo de violência, para que possam também lutar pelos seus direitos.

Os movimentos de humanização no parto se constituem em torno de valores e propostas partilhadas entre mulheres e diversos profissionais, contrapondo-se ao modelo tecnocrático. Eles criticam a naturalização dos partos cirúrgicos, contestam as práticas da patologização dos partos, conclamam as mulheres a assumirem seu papel de sujeito protagonista face às questões de saúde reprodutiva, e denunciam as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças na hora do nascimento. (DINIZ, 2005; MAIA, 2010; TORNQUIST, 2003, 2004)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) reconhece o direito à atenção adequada, segurança e bem-estar da mulher no momento do parto. Além disso, a equipe de saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento, facilitando a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade. Com isso, entende-se a humanização da assistência ao parto como um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais até uma mudança de postura e de atitude dos profissionais de saúde e das gestantes.

O modelo humanizado na assistência ao parto é amplo e polissêmico, envolve conhecimentos, práticas e atitudes que objetivam promover partos e nascimentos mais saudáveis. Ele busca garantir a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher, uma vez que pretende oferecer procedimentos comprovadamente benéficos que sejam capazes de prevenir a morbi-mortalidade materna e fetal. (BRASIL, 2001; DINIZ, 2005; MAIA, 2010; TORNQUIST, 2003)

No cenário do movimento pela humanização, o termo da violência obstétrica vem sendo cunhado com base em várias pesquisas que apontam esse tipo de violência cometido principalmente pela equipe de assistência ao parto. (AGUIAR, 2010; AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; BOWSER; HILL, 2010; D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; MAIA, 2010; WOLFF; WALDOW, 2008) Conforme os autores mencionados, as formas recorrentes de violência obstétrica vão desde a negligência na assistência, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, repreensão, gritos, humilhação intencional), violência física (incluindo negação de medicamento para alívio da dor quando tecnicamente indicado), até o uso inadequado e excessivo de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários. Dentre esses procedimentos, podemos citar: a realização de cesarianas por razões relacionadas à conveniência médica; a adesão a práticas sem embasamentos em evidências científicas, como, por exemplo, o uso da tricotomia, rotinas de episiotomia, a indução das contrações por medicação para acelerar o trabalho de parto, dentre outros procedimentos que desencadeiam intervenções médicas desnecessárias.

Essas situações acontecem de forma sutil e muitas vezes causam um estranhamento, mas nem sempre são significadas pelas mulheres como uma situação de violência devido à falta de conhecimento. Porém, cada vez mais pesquisas evidenciam esses maus-tratos presentes em um ambiente no qual se espera o cuidado. Esse tema, então, passou a ser discutido e divulgado mundialmente e as pessoas têm tido a oportunidade de refletir sobre as práticas de assistência ao parto e nascimento. (RATTNER, 2009)

O presente trabalho consiste em um recorte da pesquisa de mestrado intitulada *Significados da violência na assistência ao parto em narrativas de mulheres atendidas na rede privada*. (CARDOSO, 2015) Nesse estudo foi utilizada uma abordagem qualitativa, visto que as características dessa abordagem atendem à necessidade de construir uma compreensão complexa e detalhada dos significados da assistência recebida no trabalho de parto e parto. Trata-se de um estudo de caso que adota uma abordagem narrativa e utiliza como método as experiências expressas nas histórias vividas e contadas pelos participantes da pesquisa sobre períodos de suas vidas e realidades experienciadas no que se refere aos processos de significação da violência obstétrica. (CRESWELL, 2014; LIEBLICH; TUVAL-MASHIACH; ZILBER, 1998)

O acesso à participante se deu através de contato com uma Organização Não Governamental (ONG) que milita pelos direitos das mulheres no parto e contra a violência obstétrica, da qual a participante, após sua experiência no parto e a significação da violência obstétrica sofrida, passou a fazer parte, compondo com sua história o banco de dados da organização e se dispondo a fornecer entrevista para pesquisadores e/ou imprensa, a fim de divulgar suas experiências, visando a combater e alertar outras mulheres sobre o referido tema.

Foi utilizada a técnica de entrevista narrativa, que consiste na proposição pelo pesquisador, o que estimula o entrevistado a contar acontecimentos pessoais ou de seu contexto social com o mínimo de interferência possível do investigador. (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002) Estes autores afirmam que “[...] as narrativas não estão abertas à comprovação e não podem ser simplesmente julgadas como verdadeiras ou falsas; elas expressam a verdade de um ponto de vista, de uma situação específica no tempo e no espaço”. (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002, p. 110) Nessa perspectiva, entendemos que os acontecimentos narrados pela participante retratam o processo de significação subjetiva da sua experiência.

#### APRESENTAÇÃO DA HISTÓRIA DE DANIELA (NOME FICTÍCIO)

Neste capítulo, optou-se por escolher o caso de uma participante que desconhecia, no seu período gestacional e no momento do recebimento da assistência ao parto, o movimento pela humanização do parto e nascimento, e somente quando teve contato com amigos, redes sociais, comunidades virtuais e noticiários iniciou a ressignificação da sua experiência como violência obstétrica.

Com base na análise das narrativas, selecionamos alguns episódios que evidenciam a dialogicidade do *self* e a emergência de momentos inovativos que contribuíram para a construção da significação de suas experiências como vítima da violência obstétrica.

Daniela, residente no Piauí, psicóloga, 35 anos, casada, primigesta, deu à luz ao seu bebê em 2012. Ela relatou que sempre desejou ter parto normal. Durante todo o seu pré-natal, indagava sua obstetra sobre a possibilidade da realização do parto normal. No início da gestação, Daniela foi diagnosticada com diabetes gestacional, que consiste em um aumento do nível de glicose no sangue e a exposição do bebê a grandes quantidades de glicose ainda no ambiente intrauterino, tendo maior risco de crescimento fetal excessivo (macrossomia fetal) e, conseqüentemente, partos traumáticos, hipoglicemia neonatal e até obesidade e diabetes na vida adulta.

Devido a essa situação, a gestação transcorreu sob muita preocupação, tensão e medo. Porém, com muita disciplina, seguindo as recomendações médicas, Daniela manteve seu quadro clínico controlado durante toda a gravidez. Mesmo assim, a

médica obstetra de Daniela a advertiu de que a gestação precisaria ser interrompida, por cesárea, quando chegasse na 38ª semana, devido ao risco proveniente do diabetes. Daniela relatou que não sabia se realmente era necessário interromper a gestação e tentava manter diálogo com a obstetra em busca de esclarecimentos e uma preparação para o processo do parto natural, mas as respostas médicas eram sempre evasivas e sem informações suficientes sobre o processo a ser realizado. Assim, resolveu confiar na profissional e torceu para entrar em trabalho de parto antes da 38ª semana, a fim de evitar a cesárea.

Com 37 semanas e 5 dias, Daniela teve o rompimento da bolsa em casa, e revelou ter ficado muito feliz, porque tudo estava transcorrendo para o tão esperado parto normal. Ela contou que ligou logo para a médica, a qual, por sua vez, mandou que ela fosse o mais rápido possível para a maternidade, alegando a burocracia do plano de saúde para dar entrada no internamento.

Chegando à maternidade, Daniela relatou que estava muito ansiosa a respeito da possibilidade da realização do parto normal e na triagem com a equipe de enfermagem questionou sobre esta possibilidade. A equipe informou que, no quadro que ela apresentava, era esperado que entrasse em trabalho de parto em até 12 horas, monitorando as condições dela e do bebê.

Após algum tempo da primeira triagem, Daniela passou por outra avaliação clínico-obstétrica para que a equipe de assistência pudesse entrar em contato com a médica que a acompanhava para transmitir as informações pertinentes a ela. Nessa segunda triagem, Daniela relatou ter tido as mesmas informações da avaliação anterior e se encheu de esperança de que poderia aguardar a evolução do trabalho de parto.

Entretanto, apesar das duas avaliações anteriores que, para Daniela, indicavam a possibilidade para o parto normal, quando a enfermeira da equipe de assistência entrou em contato, por telefone, com a médica, esta solicitou que comunicassem a Daniela que seria realizada a cesárea.

Ao refletir sobre a aparente incoerência das informações, entre as avaliações clínico-obstétricas realizadas e a indicação de parto cesárea por parte da médica, ela pediu que ligassem para a médica a fim de que ela mesma pudesse conversar e entender a razão da indicação da cesárea.

Neste contato, a médica informou a Daniela que ela estava com bolsa rota (ruptura parcial da membrana amniótica que envolve o bebê, o que leva à perda gradativa de líquido amniótico) e afirmou que Daniela corria risco de ter uma infecção. Porém, Daniela manteve seu questionamento para tentar entender o motivo de não poder esperar a evolução natural do parto, uma vez que as avaliações demonstravam que estava tudo bem com ela e com o bebê; daí a médica foi taxativa e disse a Daniela, de modo agressivo, que a indicação dela era para cesárea, e se Daniela não concordasse, que fizesse com o médico de plantão.

A reação de Daniela, após o contato com a sua médica, foi a de não acreditar no que estava acontecendo. Sentiu-se abandonada e sem saber que decisão tomar. Em meio à incerteza, conversou com o marido para decidir o que ela iria fazer. O esposo disse que a decisão teria que ser dela e, em meio à sua angústia, Daniela relatou que olhou para o céu e perguntou para Deus o que ela deveria dizer para a médica. Segundo ela, a resposta chegou imediatamente através de uma enfermeira que a informou sobre um médico plantonista que fazia partos normais, dando boas referências dele.

Assim, decidida, Daniela conversou com o médico de plantão, que lhe explicou sobre o procedimento, informando que seria um pouco demorado e que era necessário ter paciência. Ela procurou saber sobre a possibilidade de fazer uso de anestesia, de voltar atrás e optar pela cesárea, e o médico lhe garantiu que faria o que ela quisesse dentro das condições da evolução do parto. Dessa forma, ela relatou que se sentiu mais confiante e acolhida pelo médico plantonista.

Nos momentos seguintes, Daniela foi direcionada para a sala de pré-parto e teve seu parto induzido por comprimido colocado no interior da vagina para estimular as contrações e acelerar o processo de parto pela via normal. Mas ela relatou também que ninguém lhe explicou que iria fazer a indução e que essa era a opção para tentar fazê-la entrar no trabalho de parto. Nesta sala, Daniela ficou com o esposo, sem muito contato com a equipe de assistência, e quando a enfermeira aparecia para fazer o exame de toque, pedia para ela não gritar. Ela disse que se perguntava: “como não gritar?”. Assim, foi percebendo algo “estranho” na assistência, mas estava confiante porque iria ter o parto normal, e se ela não suportasse a dor, teria a anestesia – era isso que ela queria.

Daniela, sob efeito da medicação para indução, começou a sentir muitas contrações e vontade de evacuar, e nesses momentos ela relata que chamava as enfermeiras e foi proibida de beber água e de se levantar da cama. As enfermeiras não permitiam que ela se levantasse nem para ir ao banheiro, e só lhe diziam para esperar. Depois de quase duas horas nessas condições, Daniela resolveu se levantar para ir ao banheiro com a ajuda do esposo. Lá, sentiu forte dor ao evacuar e começou a fazer força; o esposo, assustado, com medo do bebê nascer ali, a conduziu de volta à cama e chamou alguém da equipe de enfermagem.

Desse momento em diante, Daniela foi levada para a sala de parto e lá teve que assinar documentos que ela nem soube dizer do que se tratavam exatamente, mas acreditou que eram autorizações diversas. Posteriormente, foi anestesiada em posição muito desconfortante, mas logo se sentiu melhor em relação às fortes dores. Na mesa de parto, teve suas pernas amarradas e foi submetida a uma episiotomia, da qual só ficou sabendo no quarto quando sentiu os pontos. Teve ainda sua solicitação negada de poder amamentar a filha assim que a mesma nascesse. Daniela relatou que estranhou alguns detalhes na forma como se processou o seu parto.

## DIALOGICIDADE DO SELF E MOMENTOS INOVATIVOS NO PROCESSO DE SIGNIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Com o propósito de dar sentido ao evento do parto e minimizar ansiedades frente a um futuro incerto, Daniela buscou construir recursos simbólicos juntamente com a sua médica, tentando reunir informações médicas das reais condições da possibilidade do parto almejado. Isso ocorria quando Daniela trocava informações com a obstetra nas consultas de rotina. Nesses momentos, a parturiente revelava o seu desejo pelo parto normal. Foi nessas ocasiões também que o processo de construção de uma imagem projetada para o seu futuro se iniciou, ou seja, a imagem do próprio parto natural.

Daniela não se limitou apenas à troca dialógica com a sua médica, buscou também outros recursos simbólicos, canais de descobertas, disponíveis no meio cultural, visando a se preparar para a incerteza do futuro. Nessa busca, Daniela tentou elaborar a ideia da dor, as formas possíveis do nascimento e o processo de trabalho de parto em si, através de um programa de televisão em canal fechado (*Maternity*, no Discovery Home and Health). Isso funcionou como recurso semiótico para uma organização subjetiva e construção de uma adaptação do *self* para lidar com as várias incertezas no presente e fazer a projeção para o tempo futuro. (ABBEY; VALSINER, 2005)

Nos encontros com a obstetra, a imagem idealizada do evento do parto se construía gradativamente, porém, com as complicações na gestação, provenientes do diabetes gestacional (mesmo que se mantendo controlado), houve a emergência do sentimento de medo e insegurança. Isso a deixou fragilizada, uma vez que sabia do risco de complicações tanto para ela como para o bebê.

Quando a médica sugeriu a Daniela realizar a cesárea na 38ª semana, isto gerou nela muita incerteza sobre a real necessidade dessa intervenção em sua gestação, uma vez que ela estava com o quadro clínico controlado e tudo transcorria bem com a sua gravidez.

*[...] a médica falou que eu deveria fazer cesariana com 38 semanas porque era muito perigoso o bebê permanecer dentro da barriga, apesar da minha diabetes estar totalmente controlada [...] e como eu não sabia se era verdade, eu resolvi confiar nela e torcer para entrar em trabalho de parto antes.*

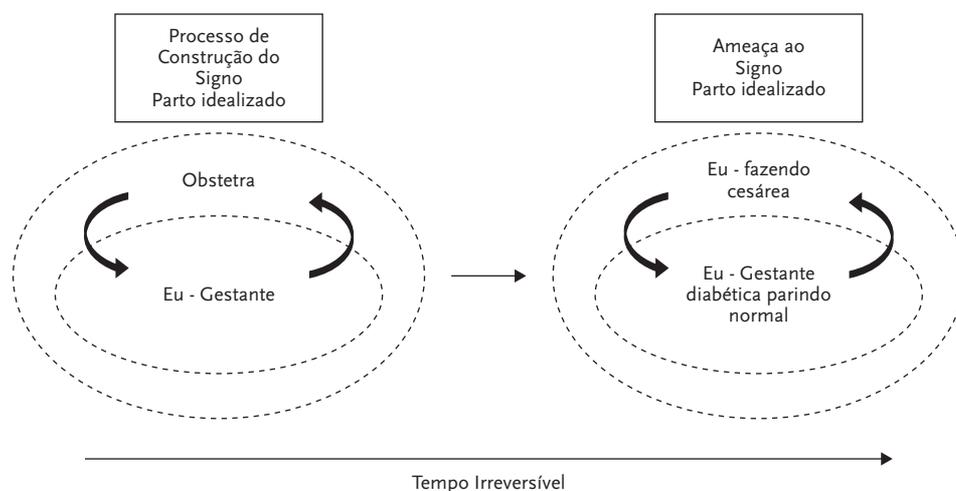
Daniela decidiu acatar a voz da médica para a realização da cesárea na 38ª semana, porém relatou que torceu para que pudesse entrar em trabalho de parto antes do período determinado, pois, assim, vivenciaria o parto normal idealizado.

Pode-se perceber na trajetória de Daniela uma experiência subjetiva dinâmica, através de um fluxo contínuo de posições do Eu do presente, como desejante do parto normal, e posições do Eu futuras, imaginadas por conta da possibilidade de

ter que realizar a cesárea indicada por sua médica. Porém, aliada ao seu posicionamento presente, ela torcia para entrar em trabalho de parto antes do prazo estipulado pela obstetra. Nessa análise, o *self* emerge como uma instância imaginária habitada por diferentes posições do Eu, isto é, por “vozes” que coexistem e veiculam diferentes perspectivas ao evento futuro. (HERMANS; HERMANS-JANSEN, 2003)

A Figura 1, abaixo, ilustra as **posições do Eu** envolvidas na construção do significado do parto idealizado para o futuro, através das **estratégias semióticas** e da **ambivalência** instalada diante das tensões e contradições entre as vozes do *self*. Na segunda parte da figura, as duas posições são “internas”, sendo que uma delas é dominante (a do parto normal).

FIGURA 1 – Posições do Eu envolvidas na construção do significado do parto idealizado



Fonte: elaborada pela autora.

Ao se tomar em consideração um dos pressupostos básicos da Teoria do *Self* Dialógico, referente aos sistemas abertos em constante relação de troca com o ambiente, foi possível perceber o movimento no âmbito do *self* (coerente com o pressuposto de uma dinâmica semiótica), evidenciado pelas diferentes vozes em diálogo, na busca pela construção de signos para orientar a trajetória parturitiva no futuro. Especialmente após a determinação da médica para a realização da cesárea na 38ª semana, o *self* emerge com diferentes vozes que veiculam diferentes perspectivas quanto ao evento do parto.

Na experiência do parto, novas tensões surgiram no *self* de Daniela. Ela teve uma intercorrência por bolsa rota e iniciou a perda de líquido, sem entrar em trabalho de parto. Fazendo contato com a médica, foi orientada a se dirigir à maternidade.

Lá chegando, passou pelo processo de exames e foi constatado que estava tudo bem com ela e com o bebê. Entretanto, a voz externa da médica afirmava que o parto seria por cesárea. Do ponto de vista da Teoria do *Self* Dialógico, pode-se afirmar que, nesse contexto, surgiu uma tensão entre vozes opostas do sistema do *self*.

Nessa dinâmica dialógica do *self* podem ser identificados momentos inovativos na experiência de Daniela quando ela se afirma em oposição à voz externa que tentava monopolizar e silenciar as demais vozes. Desde o momento da emergência do signo do diabetes gestacional, que poderia ser um impeditivo para a realização do parto normal, já é possível identificar momentos inovativos na conduta de Daniela, em oposição à voz externa da médica, que sugeria a cesárea na 38ª semana.

Os momentos inovativos surgem na tentativa de combater a constituição de uma posição do Eu monopolizadora da configuração do sistema do *self*. Para os autores Cunha, Gonçalves e Valsiner (2010), Meira (2009), Santos, Gonçalves e Matos (2010), e Ribeiro e Gonçalves (2010), no processo de emergência da inovação é instaurada uma tensão ambivalente entre as vozes monopolizadoras (que dominam a configuração do *self*) e as vozes inovadoras (que rebatem e contradizem, questionam as vozes monopolizadoras).

No contexto de Daniela, a partir do momento em que ela questionou e rejeitou a voz médica, que tentava silenciar a voz interna elaborada por recursos semióticos ao longo da sua trajetória gestacional, podemos considerar que ocorreram momentos inovativos (IMs) de reflexão e de ação. No surgimento de IMs de reflexão, Daniela revelou pensamentos que propõem uma outra perspectiva em relação à voz externa, o que lhe permitiu questionar, desafiar e contradizer a tentativa de dominância da voz médica. Já no momento inovativo de ação, Daniela assume um posicionamento desafiador e questionador para contestar a posição da voz da médica.

*[...] Não! Peraí! Eu quero entender: por que vai ser cesárea? Liga pra médica... e aí eu comecei a questionar a médica assim: 'apertei' ela de todas as formas para que ela me explicasse com argumentos claros por que eu não podia esperar. Quais os riscos de esperar e por que eu não podia esperar, se estava tudo bem comigo e com o bebê?.*

Daniela tentou organizar as informações capturadas do seu ambiente, refletindo sobre as incoerências da voz médica, ao mesmo tempo em que observou os seus diagnósticos clínicos e os do bebê, que estavam bons e que haviam sido fornecidos pela equipe da assistência ao parto. Além disso, Daniela também refletiu sobre a atitude médica de não responder aos seus questionamentos, quando ela tentava estabelecer um diálogo com a mesma, visando a compreender os riscos e as razões pelas quais ela deveria fazer a cesárea, como pode ser observado na narrativa que se segue: “[...] *mas aquilo não bateu, sabe?! Por que outras pessoas esperam? O que as enfermeiras tinham me dito é que estava tudo bem.*”

Nessa tensão entre vozes, a voz médica provocou uma intensificação da ambivalência, devido à incoerência das informações e da atitude médica de impor a sua indicação para a cesárea sem justificar a razão de não poder esperar a progressão do trabalho de parto, marcando nessa trajetória um ponto decisivo em que Daniela teve que desenvolver novas redefinições pessoais, ancoradas em sua cultura pessoal. (COWAN, 1991; ZITTOUN, 2004, 2006, 2009, 2012)

*‘Se você quiser, você faça com o médico plantonista, porque a minha indicação é cesárea.’  
Tipo assim, se você não fizer a cesárea que eu quero, faça seu parto com o médico plantonista. Então, assim, ela me cortou e eu não acreditei que ela estava me abandonando. Naquela ligação ela estava muito agressiva, sabe?.*

Nessa situação, Daniela se encontrou em um ponto de bifurcação entre dois caminhos: seguir a indicação por cesárea com sua médica obstetra ou manter-se com sua posição pelo parto normal com o médico plantonista.

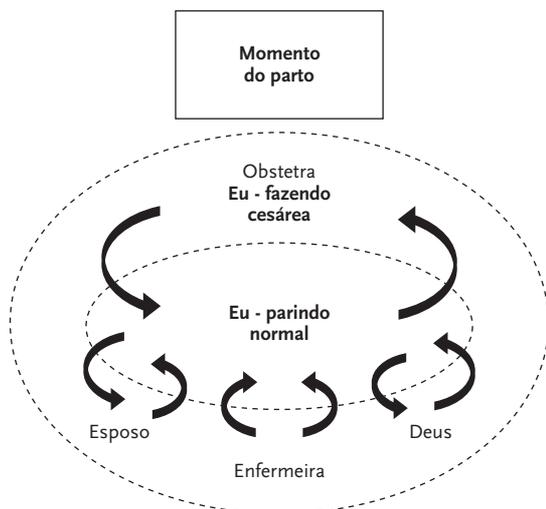
A tensão e a ambivalência aumentaram fortemente e Daniela buscou outras vozes (do esposo e de Deus) para tomar sua decisão.

*[...] eu virei pro meu marido e perguntei: ‘o que é que você acha?’ Ele disse: ‘Bom, é você quem tem que decidir’. Eu olhei para o céu e perguntei para Deus: ‘Senhor, o que é que eu vou falar?’ E a resposta veio imediata, pois uma das enfermeiras virou para mim e falou assim: ‘Olha, Daniela, o médico que está de plantão é excelente, ele é uma sumidade em obstetrícia e ele faz seu parto normal se você quiser.’*

A voz da enfermeira encorajou Daniela a manter-se aliada ao signo do parto idealizado e a fez buscar com o médico plantonista a realização do parto normal. Assim, a voz da enfermeira foi interpretada como uma resposta de Deus, tornando-se, a partir daí, uma voz significativa, ao mesmo tempo em que se unia às suas vozes internas. Daquele momento em diante, essas vozes ganharam posição hierarquicamente superior, no âmbito do *self* de Daniela, o que fez com que ela seguisse a orientação da enfermeira como resposta de Deus: “*Aí foi a minha tábuca de salvação, né?! De confiar num desconhecido e dispensar aquela conhecida em quem eu perdi a confiança. Decidi apostar no desconhecido que estaria disposto a fazer a minha vontade.*”

A Figura 2, a seguir, ilustra posição do Eu envolvida na dinâmica multivocal dialógica do *self*:

FIGURA 2 – Posição do Eu envolvida na dinâmica multivocal do *self* dialógico



Fonte: elaborada pela autora.

Na experiência do parto relatada por Daniela, pode-se perceber como o sistema que atuava como organizador da trajetória de Daniela, a posição de Eu dominante (Eu-parindo normal), ficou ameaçado diante da atitude da médica, que tentou conduzi-la a uma cesárea sem uma evidência real da necessidade da intervenção no processo de parto. Com isso, Daniela demonstrou uma busca de razões em seu ambiente e nas trocas dialógicas com outros sociais (enfermeiras, própria médica e a própria observação do seu quadro clínico) que justificassem a necessidade da cesárea.

Nessa circunstância, momentos inovativos de reflexão e ação a conduziram a um posicionamento questionador para com a médica, a fim de obter as razões pelas quais estava sendo imposta a cesárea. A atitude da médica, em resposta à ação de Daniela, a obrigou a fazer uma escolha entre se manter com a médica assistente e se submeter à imposição da cesárea ou fazer o parto normal com o médico plantonista, situação representativa acerca da emergência e intensificação da ambivalência. Daniela depara-se com um ponto de bifurcação na sua trajetória, mas faz valer a sua vontade, na medida em que a posição do Eu dominante (eu-parindo normal) foi mantida – apesar das ambivalências. Assim, buscou no contexto no qual estava inserida vozes e recursos simbólicos que a empoderassem a seguir por esse caminho que já havia idealizado desde o início da sua gestação.

Nesse recorte, pode-se perceber o início do processo de significação da violência obstétrica que se constituiu durante a trajetória de Daniela, analisado pela dialogicidade do *self* e dos momentos inovativos. Porém, somente depois, após o seu

período gestacional, a partir do contato com o discurso da humanização, através da interação com outros sociais e com os dispositivos semióticos na cultura, é que o signo “estranho”, construído por Daniela na tentativa de dar sentido à experiência vivida, pode ser ressignificado a partir do signo da violência obstétrica.

[...] *Então, são coisas que você vivencia de uma forma um tanto alienada, você sofre sem saber se você está certa ou errada. Foram sucessões de fatos, e depois descobri, através de grupos no Facebook. Fui pesquisando, me aprofundando e descobrindo quantas coisas acontecem com a mulher nesse sistema cruel. Para mim, eu acho que até eu fui feliz, porque eu consegui o parto normal que eu tanto queria. Se eu tivesse um pouco mais de informação, talvez tivesse sido muito melhor, mas às vezes a informação ela te traz até mais sofrimento, né?! Porque você chega lá e você vai ver tanta coisa que você já sabe que é uma violência. É complicado, né?!.*

Conforme Rattner (2009), as situações de violência, no contexto do nascimento, acontecem de forma sutil e muitas vezes causam um estranhamento, mas nem sempre são significadas pelas mulheres como uma situação de violência, o que é possível ser percebido no caso aqui estudado. As situações de violência não foram significadas imediatamente como tal, embora as evidências experimentadas indiquem que essa prática ocorreu de diversas formas, como, por exemplo: a falta de informação médica mais precisa com os devidos esclarecimentos referentes às possibilidades e os complicadores do quadro de bolsa rota; ausência de decisões consensuais entre a médica que acompanhou o pré-natal e Daniela, com predomínio nítido de decisão médica autoritária, com intenção persuasiva para uma cesárea, sem o oferecimento de outras tentativas para a realização do parto normal; invalidação da autonomia da mulher; falta de acolhimento por parte da equipe de assistência; proibição de mobilização no trabalho de parto; exame de toque com recomendação para não reclamar; imobilização das pernas na posição ginecológica no parto; realização de episiotomia – condições que caracterizam, dentre outras, as formas de violência que ocorrem na assistência ao parto tanto na rede privada como na rede pública.

Essas e outras práticas desrespeitosas e abusivas vêm sendo vivenciadas por mulheres e denunciadas no Brasil por diversas vias, das redes sociais aos trabalhos acadêmicos, visando à divulgação dos fenômenos que ocorrem no âmbito do cuidar e do assistir a parturiente no contexto hospitalar, a fim de que ocorra a eliminação dessas condutas e a melhoria na assistência ao parto. É notório que as relações entre médicos e equipe de assistência de saúde com as pacientes devem ser estabelecidas de forma horizontal, e nesta relação a mulher deve ocupar a posição de protagonista de sua própria história de maneira respeitosa e com a garantia dos direitos que a assistam.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou vivências na esfera da assistência ao parto e nascimento na rede privada que não condizem com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde em torno da humanização no parto. Pôde-se perceber a relação entre profissionais de saúde e a parturiente marcada, essencialmente, pela desconfiança, desinformação, estabelecimento hierárquico de relação de poder, invalidando a autonomia da mulher – condições que caracterizam as formas de violência que ocorrem na assistência ao parto.

As situações descritas pela participante denunciam a necessidade de mudanças no funcionamento do sistema de saúde, tanto privado como público, como a adoção de práticas baseadas nas evidências científicas, orientadas pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia do parto recomendado pela Organização Mundial de Saúde, além da prestação de um atendimento centrado nas necessidades das parturientes, promovendo o direito das mulheres e seu protagonismo no processo parturitivo. Entre estes direitos destacam-se o direito à informação idônea, à tomada de decisão compartilhada entre médico e parturiente, dignidade e autonomia, dentre outros.

Futuros estudos podem abrir caminhos para avançar nessa temática da violência obstétrica e humanização, tais como: estudos realizados com os obstetras para que estes também tenham voz para expressar um outro olhar sobre a violência na assistência médica ao parto e nascimento (nesse sentido, é possível indagar se os profissionais de saúde percebem algumas de suas próprias condutas, praticadas rotineiramente nas maternidades e hospitais, como da ordem da violência às mulheres, seus bebês e familiares); investigações referentes à resignificação sobre o parto fisiológico, focando no processo de transformação de obstetras tecnocráticos em obstetras adeptos do movimento pela humanização do parto, desenhando, assim, as trajetórias que os conduziram ao modelo humanizado, com o objetivo de compreender desde a sua formação – o modelo social imposto por instituições e pela própria classe médica – até as dificuldades e tensões no seu processo de mudança de paradigma profissional.

Dessa maneira, essas iniciativas podem contribuir para que se amplie a percepção da problemática em torno do parto e nascimento. Isso porque torna-se cada vez mais necessário o diálogo entre todos os agentes sociais envolvidos no evento do parto – mulheres, profissionais de saúde, dentre outros – para que se possa compreender o que está por trás de cada voz e suas demandas. Assim, é preciso encontrar possibilidades de negociação e ajustamentos nessa dialogicidade, a fim de que se possa chegar mais próximo do ideal da assistência humanizada.

## REFERÊNCIAS

- ABBEY, E.; VALSINER, J. Emergence of Meanings Through Ambivalence. *Forum Qualitative Sozialforschung = Forum: Qualitative Social Research*, Berlim, v. 6, n. 1, p. 114-121, Jan. 2005.
- AGUIAR, J. M. de. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/publico/JanainaMAguiar.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.
- AGUIAR, J. M. de; D’OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-91, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.
- AGUIAR, J. M. de; D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência Institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013.
- BOWSER, D.; HILL, K. *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis*. Boston: Harvard School of Public Health, 2010. Disponível em: [https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful\\_Care\\_at\\_Birth\\_9-20-101\\_Final1.pdf](https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf). Acesso em: 11 jan. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cdo4\\_13.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cdo4_13.pdf). Acesso em: 3 ago. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59-62, 13 jun. 2013.
- CARDOSO, I. P. B. *Significados da violência na assistência ao parto em narrativas de mulheres atendidas na rede privada*. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução CFP nº 010/05*. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo, Brasília, DF: CFP, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2014.
- COWAN, P. A. Individual and Family Life Transitions: A Proposal for a New Definition. In: COWAN, P. A.; HETHERINGTON, E. M. (ed.). *Family transitions*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1991. p. 3-30.
- CRESWELL, J. W. *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. Tradução de Saqndra Mallmann da Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014. (Métodos de Pesquisa).

- CRUZ, G.; GONÇALVES, M. M. Momentos de inovação e mudança espontânea: um estudo exploratório. *Psychologica*, Coimbra, v. 53, p. 67-80, 2010. Disponível em: <https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1080/528>. Acesso em: 3 set. 2015.
- CUNHA, C.; GONÇALVES, M.; VALSINER, J. Identity transitions in psychotherapy: The role of Re-conceptualization innovative moments. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON DIALOGICAL SELF, 6., 2010, Athens. *Anais* [...]. Athens: [s. n.], 2010.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-37, jul./set. 2005.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, [S. l.], v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, May 2002.
- GOMES, A. M. de A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 61-72, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/o6.pdf>. Acesso em: 3 set. 2014.
- HERMANS, H. J. M. The dialogical self: Toward a theory of personal and cultural positioning. *Culture & Psychology*, London, v. 7, n. 3, p. 243-281, 2001.
- HERMANS, H. J. M. Dialogical self theory and the increasing multiplicity of I-positions in a globalizing society: an introduction. *New directions for child and adolescent development*, San Francisco, v. 2012, n. 137, p. 1-21, 2012.
- HERMANS, H. J. M. Voicing the self: From information processing to dialogical interchange. *Psychological Bulletin*, Washington, v. 119, n. 1, p. 31-50, 1996.
- HERMANS, H. J. M.; HERMANS-JANSEN, E. Dialogical processes and the development of the self. In: VALSINER, J.; CONNOLLY, K. *Handbook of developmental psychology*. London: Sage Publications, 2003. p. 534-559.
- HERMANS, H. J. M.; KEMPEN, H. J. G.; LOON, R. J. P. van. The Dialogical Self: beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*, Washington, v. 47, n. 1, p. 23-33, Jan. 1992.
- JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. V. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. V.; GASKELL, G. (org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 90-113.
- LIEBLICH, A.; TUVAL-MASHIACH, R.; ZILBER, T. *Narrative research: reading, analysis and interpretation*. London: Sage Publications, 1998. (Applied Social Research Methods Series, v. 47).
- MAIA, M. B. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.
- MEIRA, L. M. A. *Mudanças narrativas: estudo sobre processos de inovação pessoal na resolução de problemas de vida*. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Educação e Psicologia, Universidade de Minho, Braga, 2009. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10472/1/Tese.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.

- RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 13, p. 759-768, 2009. Suplemento I. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a27v13s1.pdf>. Acesso em: 12 set. 2014.
- RIBEIRO, A. P.; GONÇALVES, M. M. Commentary: Innovation and stability within the dialogical self: The centrality of ambivalence. *Culture & Psychology*, London, v. 16, n. 1, p. 116-126, 2010.
- SANTOS, A.; GONÇALVES, M. M. Innovative Moments and Change Processes in Psychotherapy: An Exercise in New Methodology. In: VALSINER, J. et al. (ed.). *Dynamic process methodology in the social and developmental sciences*. New York: Springer, 2009. p. 493-526.
- SANTOS, A.; GONÇALVES, M. M.; MATOS, M. Innovative moments and poor outcome in narrative therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, Abingdon, v. 11, n. 2, p. 129-139, 2010.
- TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. S419-S427, 2003. Suplemento 2.
- TORNQUIST, C. S. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. 2004. Tese (Doutorado em Antropologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86639/207876.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 jul. 2014.
- VALSINER, J. *Fundamentos da psicologia cultural: mundos da mente, mundos da vida*. Tradução de Ana Cecília de Sousa Bastos. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- VALSINER, J. The promoter sign: developmental transformation within the structure of dialogical self. In: MARSICO, G.; VALSINER, J. *Beyond the Mind: cultural Dynamics of the Psyche*. Charlotte: Information Age Publishing, 2018. p. 126-146.
- WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, jul./set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2014.
- ZITTOUN, T. Dynamics of life-course transitions: a methodological reflection. In: VALSINER, J. et al. (ed.). *Dynamic process methodology in the social and developmental sciences*. New York: Springer, 2009. p. 405-429.
- ZITTOUN, T. Life-Course: A Socio-Cultural Perspective. In: VALSINER, J. (ed.). *The Oxford Handbook of Culture and Psychology*. New York: Oxford University Press, 2012. p. 513-535.
- ZITTOUN, T. Symbolic Competencies for Developmental Transitions: the Case of the Choice of First Names. *Culture & Psychology*, London, n. 10, p. 131-161, 2004.
- ZITTOUN, T. *Transitions: development through symbolic resources*. Charlotte: Information Age Publishing, 2006.

# 18

## DISCRIMINAÇÃO INTERSECCIONAL: RACISMO INSTITUCIONAL E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Emanuelle F. Góes

A garantia do exercício do direito reprodutivo e da saúde reprodutiva na sua integralidade, para as mulheres, está diretamente influenciada pelas condições de vida e diferentes formas de inserção social. E as mulheres negras vivenciam a discriminação racial agregada à de gênero no percurso da saúde reprodutiva, desde a procura pelo serviço, na utilização e no acesso.

O racismo é um determinante social da saúde que limita o acesso e o cuidado, causando iniquidades raciais em saúde com desfechos desfavoráveis, como o adoecimento e morte da população negra. E, quando institucionalizado, pode ser definido como:

O fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (LÓPEZ, 2012, p. 128)

Da mesma forma, a violência obstétrica desumaniza e precariza a atenção às mulheres nos serviços de saúde reprodutiva, expondo-as a condições desfavoráveis de adoecimento e levando até mesmo a um desfecho letal. Segundo o Dossiê sobre

Violência Obstétrica da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra as Mulheres (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012), este tipo de violência é caracterizado por todos os atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e saúde reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis. O conceito definido pelo Estado na Venezuela e na Argentina, e adotado pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013), considera a violência obstétrica como:

A apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia e a capacidade de decidir sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

O termo “violência obstétrica” foi cunhado recentemente, no entanto, a sua prática vem de tempo. O controle, domínio e a regulação dos corpos das mulheres é uma prática antiga. A aproximação dos médicos ao parto ocorrerá durante os séculos XVIII e XIX, período em que as práticas médicas se intensificam. A história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi efetivamente marcada pelo desenvolvimento do conhecimento cirúrgico e tecnológico promovido pela aproximação da medicina do momento do parto. (VIEIRA, 2002)

O racismo e o sexismo impactam nas mulheres negras. Pesquisas realizadas em diferentes regiões do país constataam que as mulheres negras estão quase sempre em situação de desvantagem quando comparadas às brancas, no que concerne ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, mesmo entre grupos pertencentes a estratos sociais semelhantes. (BAIROS; MENEGHEL; OLINTO, 2008; BATISTA et al., 2016; DINIZ et al., 2016; GÓES; NASCIMENTO, 2013; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005; LEAL et al., 2017; LOPES; BUCHALLA; AYRES, 2007; MARTINS, 2006) Nesse sentido, as mulheres negras sofrem a dupla opressão, o que faz redobrar a violência institucional sofrida, que é o paradigma da **discriminação interseccional**.

A feminista afro-americana Kimberlé W. Crenshaw (2002) conceitua a interseccionalidade como uma associação de sistemas múltiplos de subordinação, sendo descrita de várias formas: como discriminação composta, cargas múltiplas, como dupla ou tripla discriminação, que concentra problemas e busca capturar as consequências estruturais de dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. A interação das opressões do racismo e do sexismo irá produzir para as mulheres negras outros efeitos no percurso da vida e nas condições de saúde; neste sentido, teóricas e pesquisadoras negras apresentam o conceito de **interseccionalidade de raça e gênero**, forjado dentro do feminismo negro, com a preocupação de dar conta dessas duas dimensões e de outras categorias de opressão.

O encontro das opressões de raça, gênero e classe potencializa as desvantagens para as mulheres negras na sociedade, gerando outros efeitos nas condições de saúde. (CRENSHAW, 2005; GÓES, 2014; WERNECK, 2005) Assim sendo, a trajetória reprodutiva destas mulheres é mais afetada, pois a intersecção do racismo e do sexismo produz impactos, desde a tomada de decisão sobre a escolha de ter ou não filhos até o acesso e a qualidade da atenção nos serviços de saúde, tanto quando as mulheres querem prosseguir com a gravidez quanto quando desejam interrompê-la, sendo as negras pouco reconhecidas como sujeitas de direitos.

É um desafio compreender as formas como essas hierarquias de opressão interagem, produzindo consequências, como a elevada morbidade e mortalidade. Para além de uma descrição abstrata das discriminações, é necessário entender especificamente como essa interação, sua articulação e simultaneidade afetam as mulheres em suas vidas diárias e podem, de fato, ser uma questão de vida e morte. (BRIDGES, 2011)

#### HIERARQUIAS REPRODUTIVAS E ATENÇÃO OBSTÉTRICA

*“Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga!”* – fala atribuída ao anestesista que foi chamado durante a madrugada (plantão de sobreaviso) para atender a uma cesárea de emergência de uma gestante adolescente com eclampsia, cujo parceiro estava preso por tráfico de drogas. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 135, grifo nosso)

Essa fala do profissional de saúde está carregada de intersecções, assim como apresenta uma hierarquia reprodutiva ao descrever o perfil da gestante de forma estigmatizada. Mattar e Diniz (2012, p. 108) defendem a ideia de que “há hierarquias reprodutivas, e que elas indicam como algumas maternidades são mais, ou menos, legítimas e aceitas socialmente do que outras – impactando o exercício de direitos humanos pelas mulheres”.

É importante destacar que o conceito de hierarquias reprodutivas ainda está em construção. No diálogo sobre este conceito, as autoras dizem que o exercício da reprodução é mediado pelas relações de poder, ao considerar a vivência da maternidade como um fenômeno social que é atravessado por desigualdades sociais, raciais/étnicas, de gênero e de geração; desta forma, não é qualquer maternidade que é aceitável. Este modelo ideal de exercício da reprodução/maternidade é carregado de opressões do imaginário social racista, sexista, classista e etarista, ou seja, um modelo excludente e discriminatório. A interação entre os diferentes aspectos da vida da mulher é o que vai determinar o grau de aceitação social a determinada maternidade.

Essas hierarquias também serão reproduzidas na instituição de saúde, em meio aos procedimentos e rotinas institucionais. A hierarquização das prioridades na

questão dos cuidados envolve julgamentos morais e sociais que nem sempre são explícitos. (GÓES, 2018) Com isso, as mulheres sofrem violência institucional em todo o período da gravidez, tanto no parto quanto na situação de abortamento. Mesmo as que dão “à luz” não estão salvas de serem violentadas institucionalmente. Porque, na verdade, o grande problema é o ser **mulher negra jovem de periferia**. Estas categorias sociais/identitárias definem ou ajudam muito na decisão do profissional de como tratar as pessoas que acessam os serviços de saúde.

A reprodução dessas hierarquias pode ser observada no estudo *Nascer nas prisões*, (LEAL et al., 2016) ao evidenciar as violências institucionais, tanto raciais quanto obstétricas, sofridas pelas gestantes que estão em situação de prisão, que, neste espaço, se redobram. Segundo a pesquisa, 80% das participantes eram negras; 67,2%, jovens. O acesso à assistência pré-natal foi inadequado para 36% das mães (os dados do Ministério da Saúde/DATASUS de 2016 revelam que 19,2% das gestantes brasileiras tiveram um pré-natal inadequado; as negras, 22,6%; as brancas, 13,4%).<sup>1</sup> Ou seja, a atenção obstétrica é piorada para as mulheres em situação de prisão. Durante o período de hospitalização, 15% das participantes referiram ter sofrido algum tipo de violência (verbal, psicológica ou física), e apenas 15% das mães consideraram o atendimento recebido excelente e o uso de algemas na internação para o parto foi relatado por mais de um terço das mulheres. (LEAL et al., 2016)

Violações institucionais como a intersecção da violência obstétrica e o racismo institucional instigaram os movimentos de mulheres negras na ampliação da luta por direitos reprodutivos e acesso aos serviços, através do conceito da **justiça reprodutiva**, no entendimento de que as mulheres negras experimentam e vivem um conjunto complexo de opressões e hierarquias reprodutivas. Segundo Loreta Ross (2006), a justiça reprodutiva baseia-se na compreensão de que os impactos das opressões de raça, classe e de gênero são integrativos e seus entrelaçamentos produzem a discriminação interseccional.

A justiça reprodutiva é, em essência, uma teoria interseccional; conceitualmente, é definida como uma abordagem positiva que liga a sexualidade, a saúde e os direitos humanos, colocando as questões da saúde reprodutiva no contexto mais amplo do bem-estar e da saúde das mulheres, das famílias e das comunidades. Reconhece o contexto histórico de opressões e constrói estratégias para a superação dessas opressões que impedem o exercício de cidadania das mulheres negras, a exemplo do acesso aos direitos reprodutivos e seus serviços. (PRICE, 2011; ROSS, 2006) Neste sentido, este conceito apresenta uma perspectiva diferente das violações dos direitos humanos sobre os corpos das mulheres negras e a determinação do destino de famílias e comunidades.

.....  
1 Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.de>. Acesso em: 5 maio 2019.

## QUEM DISSE QUE AS MULHERES NEGRAS SENTEM MENOS DOR?

James Marion Sims (1813–1883) foi um médico estadunidense e um pioneiro no campo da cirurgia, conhecido como o “pai da moderna ginecologia”. O seu trabalho mais importante foi desenvolver uma técnica cirúrgica para reparação da fistula vesicovaginal, uma grave complicação do trabalho de parto prolongado em demasia. Em um dos seus experimentos, com uma mulher negra, jovem, escravizada chamada Anarcha, no momento do nascimento do seu filho, Sims fez uso de uma pinça na cabeça do feto na hora do parto. Ele relatava ter pouca experiência de usar o instrumento. O bebê nasceu – nenhum registro se vivo ou morto – e a mãe sofreu várias fistulas, resultando em incontinência.

É nesse contexto que se situa a colocação de Washington (2007, p. 623, tradução nossa): “Sims era um salvador ou um sádico? Depende da cor das mulheres que sobre quem você pergunta”. Para o Dr. Marion Sims, pessoas negras suportavam mais dor; parece que tinham uma tolerância fisiológica incomum de origem desconhecida, justificando por que não utilizava anestesia nas cirurgias experimentais que realizava em mulheres negras escravizadas, que eram suas cobaias. (WASHINGTON, 2007) O médico Sims contribuiu para o campo da ginecologia e obstetrícia com inovações de técnicas e procedimentos, no entanto, nunca se discutiu como, pois ele na época realizou uma série de longas e chocantes cirurgias ginecológicas experimentais em mulheres negras escravizadas, e tudo feito sem o benefício de anestesia e qualquer tipo de antisséptico, o que levava à morte de muitas dessas mulheres.

Em sua autobiografia, Sims (1884 apud WASHINGTON, 2007, p. 622, tradução nossa) disse

que estava em dívida para com as mulheres escravizadas. Depois que várias operações falharam, ele estava desanimado e as escravizadas encorajaram-no a continuar, porque elas estavam determinadas a ter os seus problemas médicos curados. Logo depois de Sims ter feito uma cirurgia bem-sucedida de fistula vesicovaginal e fistula rectovaginal em 1849, ele teria reparado com êxito as fistulas de outras mulheres escravizadas e elas voltaram para seus trabalhos escravos.

O sucesso dos experimentos de Sims nas mulheres negras, como reconstituição das fistulas vesicovaginais e das fistulas rectovaginais (fistulas obstétricas), não se reverteu para as mulheres africanas, pois ainda hoje, em vários países da África, as mulheres são expostas a fistulas, sendo um dos agravos determinantes da morte materna. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a fistula obstétrica afeta mais de dois milhões de mulheres no mundo, principalmente nos países localizados na África e na Ásia. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2019) O perfil de

mulheres mais afetadas inclui mulheres e meninas em situação de pobreza, com baixa escolaridade e que, na maioria das vezes, vivenciam o casamento forçado e a gravidez prematura.

“As mulheres negras são resistentes”, é o que diz o senso comum, e vai além disso, pois parece que a prática de Sims ganhou adeptos na atenção obstétrica. Estudos evidenciam que os profissionais de saúde utilizam esta informação para definir o uso ou não de analgesia para as mulheres negras – é o que revela a pesquisadora Leal e demais autores (2017) ao discutirem as iniquidades raciais na atenção pré-natal e no parto no Brasil, em artigo não por acaso nomeado “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”. Seu estudo mostra que as mulheres pretas recebem menos anestesia local para a episiotomia; em estudo anterior, a autora revela que as mulheres negras estão mais expostas à não utilização de anestésico no parto vaginal. (LEAL et al., 2017) Dentro do intervalo de tempo de dez anos, as pesquisas evidenciam que as mulheres negras estão em situação de desvantagem e expostas a procedimentos mais desumanizados.

#### ANCAS LARGAS (BOAS DE PARIR), MULHERES NEGRAS E O PARTO TARDIO

Ancas largas, parideiras e quadris largos são características relacionadas às mulheres negras, o que leva à hipersexualização dos corpos negros femininos, que é, em si mesma, uma prática racista. As histórias de mulheres negras escravizadas contam que estes critérios – de ter ancas largas, por exemplo – tiveram importância na indicação do tipo de escrava no qual as mulheres africanas se classificariam. Aqultune, que foi uma rainha transformada em escrava, foi vendida e trazida ao Brasil com a finalidade de ser uma escrava reprodutora. (SHUMAHAR; BRAZIL, 2001) Segundo Davis (2016), após a abolição do tráfico internacional, as mulheres negras escravizadas foram obrigadas a reproduzir para a repor e ampliar a população de escravos, sendo cada vez mais avaliadas em sua função de fertilidade; aquelas percebidas com potencial para ter muitos filhos (dez, doze ou catorze) eram cobiçadas como verdadeiros tesouros.

Os processos históricos da escravização sustentam as ideologias racistas que constroem o imaginário social e são reproduzidas nas práticas de saúde, na atenção e no acesso, resultando em violências institucionais. Este fato de considerarem que as mulheres negras têm ancas largas e são boas para parir reflete na condução da atenção obstétrica para as mulheres negras, que, nesse sentido, é carregada de viés racial. As mulheres negras (3,2%) são as que mais apresentaram parto tardio (pós-termo) em 2016, sendo quase o dobro em relação às brancas (1,7%), segundo

o Sistema de Informação de Nascidos Vivos do DATASUS/Ministério da Saúde.<sup>2</sup> Quanto ao tipo de parto, as mulheres brancas apresentam maior proporção para cesárea (66,3%; vaginal: 33,7%), enquanto que para as mulheres negras quase a metade dos partos são vaginais (50,3%; cesárea: 49,7%). Segundo Leal e demais autores (2017), são as puérperas negras que têm maior chance de nascimento pós-termo (42 semanas e mais) em relação ao nascimento a termo (39-41 semanas), em comparação às mulheres brancas. A gestação prolongada pode resultar em acometimentos irreversíveis tanto maternos quanto fetais, aumentando a morbimortalidade de ambos. (MAIA FILHO; MATHIAS; SUZANO, 2007) Por apresentarem as maiores ocorrências relacionadas ao parto pós-termo, as mulheres negras vivenciam o racismo institucional associado à violência obstétrica: são elas que estão submetidas a um menor cuidado refletido em menos intervenções, quando necessárias, inclusive a cesárea.

#### VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, RACISMO INSTITUCIONAL E MORTE MATERNA

A atenção obstétrica tem melhorado nos últimos anos no Brasil, com redução da taxa de mortalidade materna, sobretudo a partir dos anos de 1990. O acesso ao acompanhamento pré-natal e ao parto hospitalar aumentou para uma cobertura quase universal, reduzindo-se as desigualdades regionais e socioeconômicas. (VICTORA et al., 2011)

No entanto, considerando as dimensões das desigualdades no país, ainda são as mulheres negras as mais expostas às iniquidades em saúde, além das maiores taxas de mortalidade materna incidirem sobre elas, sendo o racismo institucional um importante determinante do processo de adoecimento e morte destas mulheres.

Uma investigação realizada no Rio de Janeiro, avaliando a atenção obstétrica, registrou que, a despeito da baixa proporção de mulheres sem assistência pré-natal, esta foi significativamente mais alta entre as pretas (6,7%) e as pardas (4,7%), quando comparadas às brancas (2,5%). Constatou-se também que eram as mulheres pretas (31,8%) e pardas (28,8%) aquelas que mais peregrinavam em busca de atendimento no momento do parto, em proporções maiores do que as mulheres brancas (18,1%). (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005)

As autoras ainda ressaltam como estas barreiras de acesso aos serviços de saúde reiteravam situações de discriminação e exclusão social para as mulheres negras. Estas, relativamente às brancas, tinham menos acesso à educação, possuíam status social e econômico mais baixo, viviam em piores condições de vida e de moradia e, no que se refere à saúde reprodutiva, tinham menos acesso aos métodos

2 Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 5 maio 2019.

contraceptivos e apresentavam maiores chances de engravidar, ainda que não o desejassem. (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005)

Mais recentemente, pesquisa envolvendo amostra nacional representativa de 23.984 puérperas, das redes pública e privada, evidenciou que as mulheres negras persistem em desvantagens no acesso ao pré-natal de qualidade e ao parto hospitalar, estando mais vulneráveis a situações de violência obstétrica. (DINIZ et al., 2016; LEAL et al., 2017)

Um caso emblemático, de repercussão internacional, que representa a discriminação interseccional, é o caso de Alyne Pimentel, uma jovem negra, moradora da Baixada Fluminense, no Rio de Janeiro. Grávida de seis meses, Alyne faleceu em 2002 vítima de negligência e imperícia médica em virtude da precariedade da assistência médica prestada pelos profissionais de saúde da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, em Belford Roxo, e na Maternidade de Nova Iguaçu.

Alyne foi vítima da discriminação interseccional, ou seja, tanto da discriminação de gênero (violência obstétrica) quanto da discriminação de raça; neste último caso foi aplicado o conceito de racismo institucional, considerado determinante para a sua morte. O caso Alyne é o primeiro caso individual levado a um órgão de direitos humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW).

No Brasil, cerca de 60% das mulheres que morrem de morte materna são negras. É importante ressaltar que a morte materna é considerada uma morte possível de ser prevenida e que em 90% dos casos poderia ser evitada se as mulheres tivessem atendimento adequado. Enquanto o racismo nas instituições de saúde não for enfrentado, não será possível garantir a equidade entre mulheres negras e brancas no país.

As barreiras estruturais e institucionais na atenção obstétrica são determinantes e resultam nos altos números de óbitos maternos no Brasil (63,9/100 mil nascidos vivos – 2013), que atuam de forma sincrônica e interseccional no intercruzamento de raça e gênero e outras formas de discriminação correlatas. O país não alcançou a meta do Objetivo do Desenvolvimento do Milênio sobre saúde materna, que deveria chegar no máximo de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015, porque não implementou estratégias de enfrentamento ao racismo na atenção obstétrica. Se, por acaso, o Brasil fosse um país de população majoritariamente branca, teria alcançado essa meta, visto que, em 2013, a taxa de mortalidade materna para as mulheres brancas foi de 35,6 por 100 mil nascidos vivos, enquanto que para mulheres negras esse número é quase o dobro (62,8).

## ATENÇÃO DESUMANIZADA AO ABORTAMENTO TAMBÉM É UMA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Mulheres em situação de abortamento espontâneo ou induzido que dão entrada em serviços de saúde de atenção obstétrica e prontos-socorros frequentemente encontram dificuldades para conseguir atendimento adequado e humanizado.

A violência sofrida pelas mulheres em situação de abortamento ao procurar o serviço de saúde também é uma violência obstétrica. Elas estão mais expostas à violência institucional, sendo que, em estudo conduzido pela Fundação Perseu Abramo, 53% responderam ter sofrido algum tipo de violência (ameaças, descaso, negligência), além disso, muitas vezes a falta do atendimento imediato pode agravar o quadro de saúde. (FARIA, 2013) Ao realizarem aborto inseguro, as mulheres sofrem discriminação e violência institucional nos serviços de saúde, como retardo no atendimento, falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo discriminação explícita, com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas. (KALCKMANN; PINTO, 2010)

Carneiro, Iriart e Menezes (2013), estudando a experiência de mulheres internadas por abortamento provocado, encontraram que a experiência foi marcada por sentimentos negativos, tanto pela dor física quanto emocional, misturando o alívio com o fim da gravidez e o medo do risco de morte; no entanto, sofrimento adicional foi causado pela ausência de cuidado e atitudes discriminatórias por conta do aborto realizado, contrariando a norma técnica. A suspeita do aborto provocado amplia os riscos de complicação pós-abortamento, agravando inclusive sofrimentos mentais, que poderiam ser minimizados se mulheres nessas condições fossem atendidas adequadamente. (KALCKMANN; PINTO, 2010)

O atendimento das mulheres internadas para o parto ou/e para o aborto é realizado de forma diferenciada, independentemente de ser espontâneo ou provocado. O que pode ser levado em consideração é que os serviços que atendem casos de abortamento são, em sua maioria, maternidades, instituições idealizadas para o atendimento à principal função da mulher colocada pela sociedade: a de ser mãe. É como se o aborto fosse a negação do papel feminino, representando, assim, um ato criminoso; com isso, as mulheres ficam expostas a todo tipo de violência institucional, agravando o seu quadro de pós-aborto.

De acordo com a Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento:

A atenção humanizada às mulheres em abortamento merece abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição ao acesso à assistência à saúde. Esses princípios incorporam o direito à assistência ao abortamento no marco ético e jurídico dos

direitos sexuais e reprodutivos afirmados nos planos internacional e nacional de direitos humanos. (BRASIL, 2005, p. 15)

Os dados do Sistema de Morbidade Hospitalar do Ministério da Saúde revelam que, no ano de 2016, houve 195.860 internações por consequências do aborto, sendo que 62,4% das mulheres eram negras.<sup>3</sup> As mulheres sofrem violências institucionais por conta do estigma do aborto; no entanto, as mulheres negras experimentam situações distintas. São as que mais relatam medo de serem maltratadas na busca por cuidados, fator este que retarda a procura pelo serviço, levando a uma situação-limite quando se leva em consideração os riscos de um aborto inseguro. São as negras também, sobretudo as de pele mais escura, que apresentam mais dificuldades institucionais (*“esperar muito para ser atendida”*; *“aguardar vaga/leito”*; *“parturientes eram atendidas primeiro”*). (GÓES, 2018) Neste sentido, o racismo institucional com o estigma do aborto redobra o risco das mulheres negras de sofrerem violência obstétrica, podendo levar a uma morbimortalidade materna. (GÓES, 2018) As práticas racistas na saúde e o estigma do aborto retardam a decisão das mulheres de procurar um atendimento e dificultam o acesso das mulheres ao serviço de saúde e tratamento adequado.

#### POR UMA ATENÇÃO OBSTÉTRICA DESCOLONIZADA

A violação dos direitos reprodutivos corresponde à limitação de oportunidades na vida das mulheres, tanto na esfera pública como na esfera privada, culminando, muitas vezes, na morte e na aquisição de agravos que poderiam ser evitadas.

A violência institucional, neste caso tipificada pela violência obstétrica, prejudica o acesso das mulheres aos serviços de saúde, o que pode levar à morbimortalidade materna. São as mulheres negras que mais sofrem violência obstétrica, pois são as que mais peregrinam na hora do parto, ficam mais tempo em espera para serem atendidas, têm menos tempo de consulta, estão submetidas a procedimentos dolorosos sem analgesia e estão em maior risco de morte materna. (GÓES, 2018; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005; LEAL et al., 2017)

No Brasil, o cuidado em saúde na atenção às mulheres segue um padrão patriarcal e racista, que manipula, domina e controla os corpos das mulheres em um processo hierarquizado, em que se tenta sistematicamente retirar todas as tomadas de decisões. Este espaço de cuidado em saúde deveria garantir minimamente que as mulheres tivessem o risco de adoecer e morrer reduzido, mas, muitas vezes, acontece o inverso, ao reproduzir a estrutura de uma sociedade opressora, desigual

3 Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nruf.def>. Acesso em: 15 jun. 2018.

e preconceituosa, colocando a vida das mulheres em risco a cada momento que elas entram nos serviços de saúde.

Em última análise, deve ser considerado que as práticas racistas realizadas no passado ainda se refletem na atualidade, pois o racismo institucional e a discriminação racial são determinantes no cuidado, no atendimento nos serviços de saúde. Diante disso, o que temos como responsabilidade hoje é recontar a história da medicina/saúde e a história natural da doença, desconstruir epistemologias racistas, sexistas e colonizadas nas práticas de saúde e construir outras bases epistemológicas que reconheçam os direitos humanos, a diversidade e as diferenças, na esperança de que, futuramente, os atendimentos e os cuidados nos serviços de saúde não sejam estruturados pelo racismo, sexismo e outras formas de opressões correlatas.

## REFERÊNCIAS

- BAIROS, F. S. de; MENEGHEL, S. N.; OLINTO, M. T. A. Citopatológico e exame de mama: desigualdade de acesso para mulheres negras no sul do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 17, n. 2, p. 138–141, jun. 2008. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v17n2/v17n2a11.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2018.
- BATISTA, L. E. *et al.* Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: Uma proposta de intervenção. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 689–702, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao abortamento*: norma técnica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf). Acesso em: 17 maio 2018.
- BRIDGES, K. M. *Reproducing Race: An Ethnography of Pregnancy as a Site of Racialization*. Berkeley: University of California Press, 2011.
- CARNEIRO, M. F.; IRIART, J. A. B.; MENEZES, G. M. de S. Largada sozinha, mas tudo bem: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 405–418, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/aop0713.pdf>. Acesso em: 17 maio 2018.
- CRENSHAW, K. W. Cartographies des marges: intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cahiers du Genre*, Paris, n. 39, p. 51–82, 2005.
- CRENSHAW, K. W. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*, Florianópolis, ano 10, p. 171–188, 1º semestre 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2018.
- DAVIS, A. *Mulheres, raça e classe*. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Violência obstétrica: você sabe o que é?*. São Paulo: Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 561-572, 2016.

FARIA, N. Entre a autonomia e a criminalização: a realidade do aborto no Brasil. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (ed.). *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública*. São Paulo: Edições Sesc, 2013. p. 181-201.

GÓES, E. F. Intersecção, ponto de encontro sobre as condições de vida das mulheres negras. In: SANTIAGO, A. R. *et al.* (ed.). *Tranças e redes: tessituras sobre África e Brasil*. Cruz das Almas: Ed. UFRB, 2014. p. 58-68.

GÓES, E. F. *Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional*. 2018. Tese (Doutorado Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

GÓES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, dez. 2013.

KALCKMANN, S.; PINTO, E. A. Aborto: livre escolha? *BIS: Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 185-191, ago. 2010.

LEAL, M. do C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, p. e00078816, 2017. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

LEAL, M. do C. *et al.* Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2061-2070, 2016.

LEAL, M. do C.; GAMA, S. G. N. da; CUNHA, C. B. da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, jan. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/13.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2018.

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. de C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública = Journal of Public Health*, São Paulo, v. 41, p. 39-46, dez. 2007. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s2/5952.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2017.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2017.

- MAIA FILHO, N. L.; MATHIAS, L.; SUZANO, C. E. Gestação prolongada: um texto atualizado. *Perspectivas Médicas*, Jundiaí, v. 18, n. 1, p. 39-42, enero-jun, 2007, Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2432/243217495010.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2017.
- MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, nov. 2006.
- MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 107-119, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aopo212.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Em dia internacional, ONU aponta a fístula como violação dos direitos humanos. *ONU News*, [New York], 2019. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/05/1673511>. Acesso em: 5 maio 2019.
- PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência obstétrica: “Parirás com dor”*. Brasília, DF: Parto do Princípio, 2012. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2018.
- PRICE, K. It’s not just about abortion: incorporating intersectionality in research about women of color and reproduction. *Women’s Health Issues*, New York, v. 21, n. 3, p. S55-S57, May/Jun. 2011.
- ROSS, L. J. *Understanding Reproductive Justice*. Atlanta: SisterSong, 2006. Disponível em: [https://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/rfp/pages/33/attachments/original/1456425809/Understanding\\_RJ\\_Sistersong.pdf?1456425809](https://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/rfp/pages/33/attachments/original/1456425809/Understanding_RJ_Sistersong.pdf?1456425809). Acesso em: 2 mar. 2020.
- SCHUMAHER, S.; BRAZIL, É. V. (org.). *Dicionário mulheres do Brasil: de 1500 até a atualidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. Disponível em: [https://zahar.com.br/sites/default/files/arquivos/trecho\\_-\\_dicionario\\_mulheres\\_do\\_brasil.pdf](https://zahar.com.br/sites/default/files/arquivos/trecho_-_dicionario_mulheres_do_brasil.pdf). Acesso em: 5 maio 2018.
- VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*, [London], v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, May 2011.
- VIEIRA, E. M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.
- WASHINGTON, H. A. Medical Apartheid: The Dark History of Medical Experimentation on Black Americans from Colonial Times to the Present. *Social History of Medicine*, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 620-621, Oct. 2007.
- WERNECK, J. *Algumas considerações sobre racismo, sexismo e a tecno-eugenia*. [S. l.: s.n.], 2005. Publicado em Um Mundo Patentado? La privatización de la vida y del conocimiento. Disponível em: [http://www.criola.org.br/artigos/artigo\\_racismo\\_sexismo.pdf](http://www.criola.org.br/artigos/artigo_racismo_sexismo.pdf). Acesso em: 5 maio 2018.



## ENQUANTO NASCER NÃO FOR IGUAL PARA TODOS, A LUTA VAI CONTINUAR

Florita Cuhanga António Telo

As minhas primeiras palavras são para saudar a equipa organizadora do livro pela iniciativa; em seguida, as autoras e autores do conjunto de seis capítulos que compõem esta terceira parte intitulada “A maternidade como evento não normativo”, para a qual fui convidada a tecer alguns comentários. Cada texto tem a sua própria identidade, reflexo das experiências científicas, académicas e de vida das autoras e dos autores, mas todos se cruzam em um momento para dar vida ao título – curioso e instigante – desta obra que anuncia: nascer não é igual para todas e todos.

Organizei as minhas notas conforme o meu entendimento no ato de leitura. Comecei relacionando os textos com temas idênticos, como o da violência obstétrica, as abordagens a partir da psicologia (*self*) e continuei, em forma de tricô, a relacionar detalhes importantes de todos os textos. Ler e comentar estes artigos foi um aprendizado para mim dada a riqueza e a profundidade dos seis capítulos apresentados. Estes contribuem, igualmente, para renovar o compromisso de continuar a luta pela efetivação dos direitos para todas as pessoas, especialmente as mulheres, negras, periféricas, pobres, do Sul Global, e todos os grupos que se enquadram na categoria de “historicamente privados de direitos”. Terminei compartilhando algumas notas da minha pesquisa de doutoramento sobre autonomia reprodutiva por entender que é pertinente ao tema e contribuir para alargar este debate.

### DIALOGANDO COM AS AUTORAS

O tema recorrente deste capítulo, como poderão constatar, é a violência obstétrica, por isso, escolhi começar a discorrer em torno da abordagem trazida por Emanuelle F.

Góes, no texto “Discriminação interseccional: racismo institucional e violência obstétrica”,<sup>1</sup> que discute a história da construção da mulher negra no Brasil, destacando os seus efeitos no tipo de atendimento que as mesmas recebem nos serviços públicos de saúde reprodutiva. Sua análise nos lembra que a memória escravista e os estereótipos raciais (também de classe), ainda presentes no nosso dia a dia, criam estruturas sociais, inclusive de saúde, hierárquicas em termos de humanidade e, consequentemente, de atendimento. São essas mesmas mulheres as principais usuárias dos serviços públicos de saúde e as que mais sofrem com a violência obstétrica, se comparado às mulheres brancas e de classe média, estas que geralmente recorrem aos serviços particulares de saúde.

Sobre o mesmo tema, porém, a partir da psicologia cultural, o texto “Dialogicidade do *self* e momentos inovativos no processo de significação da violência obstétrica sofrida por usuária da rede privada de saúde: um estudo de caso”, de Isa Patrícia Barbosa Cardoso. A autora traz reflexões de como os vários tipos de violência sofridos na assistência ao parto têm impacto significativo na vida das mulheres que passam por isso. É preciso que os serviços de assistência ao parto no Sistema Único de Saúde (SUS) sejam humanizados, pelos efeitos nefastos que tais práticas têm no *self* das usuárias do serviço. Isso passa por melhorar a prestação dos profissionais de saúde e a relação destes com as parturientes e seus familiares, relação ainda muito marcada por “desconfiança, desinformação, estabelecimento hierárquico de relação de poder, invalidando a autonomia da mulher”. As duas autoras convergem no perfil das mulheres majoritariamente vítimas deste tipo de violência.

Ainda nesta linha, o capítulo “Violência obstétrica: quando a assistência desumanizadora deixa marcas além do corpo”, de Patrícia Brito R. de Oliveira e Márcio Santana da Silva. Através deste texto, há ainda o reforço do argumento das duas autoras anteriores, relativo ao recorte notório de raça, classe, gênero e escolaridade no perfil das que passam por situações de violência obstétrica. O que deve chamar a nossa atenção, uma vez mais, para o sucateamento do SUS, se me permitem a expressão, e, por sua vez, para o comprometimento da qualidade e ineficiência do atendimento.

No entanto, a maternidade envolve ainda uma relação da pessoa consigo mesma, com o meio familiar, cultural e social em que se está inserida. Estes espaços têm os seus próprios símbolos ligados às formas de exercício da maternidade. Não se pode negar as suas influências sobre as nossas escolhas reprodutivas, principalmente a adequação a um tipo de maternidade, muitas vezes romantizada ou vista como ideal. Para quem não se adequa a este tipo ideal, também surge um conflito abordado no capítulo “*Selves* reclusos: processos dialógicos na construção de significados da maternidade

---

1 As citações de Emanuelle F. Góes; Isa Patrícia Barbosa Cardoso; Patrícia Brito R. de Oliveira, em coautoria com Márcio Santana da Silva; Márcio Santana da Silva; Renata Moreira da Silva e Vívian Volkmer Pontes podem ser localizadas nos capítulos deste livro.

por mães de autistas”, de Márcio Santana da Silva. Em alguma medida, o texto de Márcio Santana da Silva tem relação com o de Isa Patrícia Cardoso por ambos abordarem o tema desde a psicologia cultural analisando o *self*, partindo de estudos de casos.

A maternidade é também um processo em que ser mãe e ter um bebê vem carregado de simbolismos, e idealismos, coletiva e individualmente produzidos – este momento faz nascer um bebê, mas também uma mãe. Entretanto, as percepções ideais em torno da maternidade são geralmente (inter)rompidas quando há alguma impossibilidade de exercê-la na forma “normatizada”, como nos casos em que a criança nasce com deficiência, mais especificamente, com diagnóstico de transtorno autista. Os pontos levantados por Márcio da Silva ajudam-nos a ampliar o olhar em torno da forma de exercício da maternidade. A ausência da criança “idealizada” é descrita pelas participantes do estudo como uma espécie de “ausência-em-presença do outro, o que deixaria esse *self* materno de fato semissuspenso por um tempo prolongado”. Por isso, o significado central da maternidade para estas mães envolve, segundo a sistematização de Silva, a disrupção, a prisão do Eu, a dependência e, finalmente, a culpa, detalhes tão bem explorados ao longo do texto.

É ainda na linha da maternidade ideal e da maternidade possível que enquadro o capítulo “Um corpo que abriga uma vida e um vírus: o significado da maternidade para mães soropositivas para HIV”, de Renata Moreira da Silva. O capítulo analisa o dilema das mulheres vivendo com HIV e que desejam ter filhos, em meio aos estereótipos associados à soropositividade, pois ainda “existe entre essas mulheres uma sobrecarga física, social, psicológica e emocional relativa à infecção pelo HIV”. Ao longo do texto a autora traz colocações importantes para a compreensão do tema, na perspectiva das próprias mulheres soropositivas. Entre os relatos, quero destacar as (re)existências das entrevistadas, especialmente os significados que são atribuídos à maternidade neste contexto em concreto, nomeadamente, “uma fonte de motivação para a vida”, o “fortalecimento do desejo de vida”, a “superação das incertezas trazidas pela soropositividade”, etc. Ao longo da sua explanação, Renata da Silva faz também interessantes colocações críticas conjunturais em torno destes significados.

Tanto neste capítulo como no anterior, de autoria de Márcio da Silva, as entrevistadas realçam o papel fundamental da família e outros membros do grupo social no exercício da maternidade, para além da presença paterna, nem sempre presente ou colaborativa. Em ambos os contextos, as redes sociais de apoio se mostraram como “condição fundamental para uma melhor qualidade de vida na vivência da maternidade”. Esta conclusão vai de encontro a uma das constatações feitas pela minha pesquisa doutoral sobre a autonomia reprodutiva entre mulheres angolanas que optaram por ter apenas um filho. A partir das entrevistas que fiz, foi possível depreender que o exercício da maternidade para aquele grupo específico se consubstancia no desenvolvimento de uma relação com a família materna, para além do marido.

Mas há também outro lado, eu diria, perverso, advindo destas redes sociais de apoio, incluindo a família, gerando uma maternidade compulsória para os casais, as mulheres ou, por exemplo, resultando em olhares reprovadores dos familiares de uma das entrevistadas de Renata da Silva por esta não dar de mamar ao filho, exatamente por ela não ter revelado o seu estado de HIV positivo, temendo as reações. E os relatos de outros casos similares são analisados ao longo do capítulo.

É ainda no âmbito das exigências sociofamiliares, e também pessoais, do exercício da maternidade que se pode analisar algumas das colocações desenvolvidas no estudo etnográfico “A morte no lugar da vida: a persistente busca pela maternidade por mulheres com trajetórias marcadas por perdas gestacionais recorrentes”, de Vívian Volkmer Pontes. Partindo da psicologia cultural de base semiótica, a autora desenvolve um estudo etnográfico aprofundado com mulheres que tiveram duas ou mais perdas gestacionais involuntárias. O texto é muito rico e trouxe informações pertinentes que me levaram a fazer relações com a realidade angolana – o meu local de vida e atividade profissional. Lembrei, particularmente, de um ensaio de minha autoria apresentado e publicado nos anais do IX Seminário Internacional de Direitos Humanos (2017), na Universidade Federal da Paraíba, com o título “Direitos reprodutivos em Angola: a utopia dos direitos ou o direito à utopia?”. Nesta ocasião, decidi confrontar os diversos documentos jurídicos bastante ricos em conteúdo, nacionais e internacionais, dos quais Angola era parte, com a realidade local em termos de efetivação dos direitos reprodutivos dos casais, destacando as mulheres.

E este ensaio surgiu de uma inquietação que até hoje carrego comigo, o descaso gritante do governo angolano em relação aos casos de mulheres, e homens, que têm dificuldades em engravidar ou não conseguem ter uma gravidez até o fim. As famílias, os casais, mas principalmente as mulheres, são as que mais exteriorizam problemas ligados à fertilidade. Sozinhas ou acompanhadas, elas iniciam uma espécie de peregrinação em busca da gravidez, enfrentando imensas dificuldades neste percurso. A revista *Época* relatou alguns destes casos numa matéria intitulada “De Angola para o Brasil, para ter um bebê: as ilusões e a solidão das africanas que vivem meses, e até anos, em São Paulo em tratamento para engravidar”. (LAZZERI, 2016) Neste grupo estão as que conseguem juntar algum dinheiro para saírem do país. Outra parte, as menos afortunadas, fica mesmo em Angola e tenta de forma desesperada a tão almejada gravidez. Não são poucas vezes que ouvimos casos de estupro de mulheres por parte de homens que se identificam como pastores e prometem curar a possível infertilidade ou as dificuldades de prosseguirem com uma gravidez. Desde o meu artigo até hoje, pouco ou nada se fez para alterar este quadro perverso para as mulheres, maridos e familiares.

Outro ponto fundamental, destacado pela maioria dos textos, tem a ver com a discrepância gritante no atendimento em saúde reprodutiva caso se trate de serviço

público ou particular. Se considerarmos que muitos médicos e profissionais de saúde atuam nos dois espaços, por que a diferença no atendimento? Os marcadores sociais da mulher definem o tipo de atendimento.

Se, por um lado, como assevera o capítulo de Vívian Pontes, alguns profissionais dos serviços de saúde da rede pública sugeriram explicitamente às mulheres nas condições de abortamento recorrente que descontinuassem as tentativas de gravidez, “alertando-as para os riscos à sua saúde e, até mesmo, à sua vida”. Por outro lado, para as usuárias dos serviços particulares de saúde, “não houve relato de complicações, nem mesmo a construção da percepção de risco à própria saúde”. E tudo se torna mais evidente quando olharmos para o perfil maioritário das mulheres que recorrem ao serviço público e ao particular, referidas tanto nas colocações de Vívian Pontes, de Emanuelle Góes, bem como nos demais textos.

É transversal aos capítulos comentados a denúncia de algum tipo de violência por parte dos profissionais de saúde no contexto do hospital (público/particular), especificamente nos centros de atendimento às mulheres grávidas que desejam ser mães ou estão em situação de abortamento. Em meu entender, tal fato não deve ser entendido como uma mera culpabilização destes profissionais, muitas vezes também vítimas das condições de trabalho e de salário. Isso não significa que as suas condutas devam ser toleradas, mas, sim, que também precisamos fazer análises conjunturais e estruturais da sociedade como um todo. Isto é, os estereótipos de raça, classe, gênero, escolaridade, sexualidade e outros, presentes na conduta de muitos profissionais de saúde, reflete a forma como são construídas tais relações no âmbito de determinado país como um todo. Nestes termos, o Estado deveria assumir um papel essencial no processo de mudança sustentável de comportamentos e mentalidades. Ao invés, é o próprio Estado que muitas vezes surge como o principal violador de direitos, tanto por ação como por omissão. Basta analisarmos a forma como o mesmo lida com os casos de racismo, violência baseada no gênero, feminicídio, homofobia, lesbofobia, transfobia, e outras formas de violência baseadas na “qualidade” dos sujeitos.

Portanto, quando falamos da melhoria dos serviços de saúde, em especial daqueles de saúde reprodutiva para as mulheres nas condições mencionadas, não estamos apenas a colocar ênfase no atendimento deficiente de alguns profissionais de saúde e nos poucos recursos materiais e físicos destes serviços, estamos também a questionar os estereótipos associados aos grupos historicamente excluídos de direitos, e referidos supra, que surgem nas estatísticas como as principais vítimas deste sistema.

## DIREITOS REPRODUTIVOS (MATERNIDADE) NA GEOPOLÍTICA MUNDIAL

Neste último ponto, quero retomar as minhas pesquisas sobre direitos reprodutivos em Angola, mas agora analisando o tema a partir das relações Norte-Sul. Ao ler,

especificamente, os capítulos de Vívian Pontes, assim como o de Emanuelle Góes, viajei num tempo, infelizmente não tão distante do atual, em que as concepções eugenistas dominavam a geopolítica mundial, defendendo-se, por exemplo, que os pobres, sobretudo em África, na América Latina e na Ásia, não deveriam continuar a exercer livremente os seus direitos reprodutivos, pelo perfil dos sujeitos. Todas/os nós temos memória dos eventos fatídicos levados a cabo pelo Norte Global visando a travar o crescimento populacional no Sul Global. Aliás, o Brasil, especificamente a Bahia, é testemunha ocular destas intervenções. Infelizmente, o fantasma do controle populacional (eugenista) continua a assombrar-nos.

Em teoria, os direitos reprodutivos são definidos como prerrogativas reconhecidas às pessoas, ou ao casal, e até mesmo à família, de decidir sobre ter ou não filha/o, incluindo a quantidade, o respetivo espaçamento entre os nascimentos, bem como o momento em que pretendam fazê-lo. Ou seja, as pessoas são livres para terem quantos filhos desejarem ou para não os terem. Obviamente, o exercício deste direito exige que haja, por um lado, o mínimo de estrutura de atendimento nos serviços de saúde reprodutiva e o acesso às técnicas de reprodução assistida, quando necessário, para seu pleno exercício: tanto em sentido afirmativo como negativo. E, por outro lado, o exercício deste direito exige que haja acesso às informações sobre os métodos contraceptivos, médicos e naturais, os seus efeitos, proveniência, etc.

Embora os direitos reprodutivos tenham estas duas dimensões, na prática os investimentos internacionais têm sido grandemente direcionados à venda de contraceptivos (muitas vezes prejudiciais à saúde da mulher)<sup>2</sup> em países do Sul, onde, via de regra, faria muito mais sentido, para além dos contraceptivos, apostar na melhoria das estruturas de saúde (reprodutiva) precárias. Ao invés, por exemplo, o Reino Unido disponibiliza o equivalente a R\$ 978.280,00 para aumentar o acesso aos contraceptivos em África e na Ásia, no âmbito do que entendem como sendo um “meio apropriado de efetivação dos direitos das mulheres, da igualdade de género e dos direitos reprodutivos”. (UK GIVES ‘LANDMARK’..., 2018, tradução nossa)

Uma vez que as tentativas explícitas de controle eugenista da população levadas a cabo no século passado fracassaram, os mesmos sujeitos internacionais surgem com outras estratégias sob a capa da “liberdade de escolha”, mas, na prática, ou usam o contraceptivo vendido por eles (de qualidade duvidosa), ou morrem nas mãos de um sistema de saúde local sucateado, sendo que até, por vezes, é mais fácil ter um serviço de contraceção de qualidade do que de pré-natal.

2 A venda, por parte das agências da Organização das Nações Unidas (ONU), do contraceptivo Depo-Provena, por sinal, o mais utilizado em África e na Ásia, foi proibida, em 1979, nos Estados Unidos, pelo Center for Drugs and Biologics, que faz parte do Food and Drugs Administration (FDA), por suspeitas fortes de ser uma substância altamente cancerígena. Mais detalhes, vide: Tofani (1978).

Em seu capítulo sobre a ideologia de controle populacional presente no *draft* do Programa de Ação do Cairo das Nações Unidas, Seamus Grimes (1994, p. 219, tradução nossa) chama a atenção para o “número de vezes que a ‘liberdade de escolha’ é mencionada em relação à procriação”. Em seu entender, “em alguns aspetos, seu exagero levanta uma dúvida razoável sobre a interpretação do que essa ‘liberdade’ implica”. (GRIMES, 1994, p. 219, tradução nossa)<sup>3</sup> Para o autor: “o objetivo dos programas de planejamento familiar deve ser o de estabelecer a mais ampla liberdade possível de escolha em matéria de procriação. Alguém se pergunta se essa liberdade se estende ao direito de ter seis ou mais filhos, um fenômeno que ainda não é incomum em partes da África”.<sup>4</sup> (GRIMES, 1994, p. 220, tradução nossa)

Mas não somente em África, como em outros lugares do mundo, inclusive no Norte Global, existem pessoas que gostariam de ter seis ou mais filhos; entretanto, as estruturas de apoio aos direitos e à saúde reprodutiva apenas são eficazes para quem deseja ter um ou dois filhos, desincentivando, de modo implícito, quem deseja ter mais. Nestes casos, há também violação de direitos, pois vai se coartar a autonomia reprodutiva das pessoas e/ou famílias.

Igualmente, neste quesito realça-se a contribuição negativa de uma visão “maternalista” de algumas feministas e do movimento de mulheres do Norte, e também do Sul Global, que, com generalizações simplistas, relacionam o número de filhos com a ausência ou insuficiência de autonomia reprodutiva por parte das mulheres do Sul Global, inclusive algumas do Norte, identificadas como financeiramente pobres. Como se estas pessoas não tivessem condições para decidirem por si mesmas, havendo a necessidade da intervenção de terceiros.

Existe o discurso de que é necessário travar o crescimento da população mundial, assim, são promovidas ações de controle da natalidade no Sul e entre populações mais pobres no Norte Global, ainda que isso signifique violar direitos das mulheres, dos casais e das famílias naqueles países.

Enquanto isso, este mesmo Norte promove políticas de incentivo à maternidade, a exemplo da Alemanha, que concede subsídios que podem chegar a 25 mil euros, ou da França, com medidas para estimular as mulheres a terem um terceiro filho, aliada à licença-maternidade mais bem remunerada, com cerca de 750 euros por mês.<sup>5</sup> Querem nos fazer acreditar que a população mundial só cresce quando provém do Sul?

3 “‘freedom of choice’ is mentioned in relation to procreation; in some respects its overstatement raises a reasonable doubt about the interpretation.” (GRIMES, 1994, p. 221)

4 “The aim of family-planning programmes must be to establish the widest possible freedom of choice in matters of procreation. One wonders whether this freedom extends to the right to have six or more children, a phenomenon which is still not unusual in parts of Africa”. (GRIMES, 1994, p. 220)

5 Para melhor entendimento das políticas de incentivo à natalidade nos países da União Europeia, ver a pesquisa da portuguesa Mónica Alexandra Ramos Correia (2011).

Todavia, deixo aqui elucidado que não estou a ignorar os problemas ligados ao meio ambiente, em determinadas circunstâncias relacionados ao quantitativo de residentes no planeta Terra. Devemos estar atentas/os às manobras utilizadas em torno deste debate, sobretudo nós, populações do Sul Global. Analisando rapidamente os gráficos da população mundial, considerando inclusive as tendências de crescimento futuras, diríamos que o Norte tem motivos mais que suficientes para se preocupar. A Europa alberga apenas 10% da população mundial; a América, cerca de 13%; a África, 17%; e a Ásia, 60%. As últimas projeções vão no sentido do crescimento em países africanos, enquanto a Europa tende a manter ou mesmo retroceder.

Por isso, a constatação de Grimes proferida em 1994 (p. 221, tradução nossa) permanece atual, isto é, os projetos de controle populacional (eugenistas), muitas vezes disfarçados como formas de garantir direitos, refletem um “aparente medo por parte do mundo desenvolvido de que as massas florescentes dos países mais pobres desestabilizem as economias do Ocidente no futuro”.<sup>6</sup> E isso se confirma com o ressurgimento do ultranacionalismo, as ondas de racismo e neonazismo na Europa, a crescente política racista, não apenas na Europa, como nos Estados Unidos, e também a realidade que demonstra que “o equilíbrio entre a população branca envelhecida da Europa e a jovem negra da África está mudando rapidamente”.<sup>7</sup> (GRIMES, 1994, p. 221, tradução nossa)

À guisa de conclusão, deixo uma questão cuja resposta será possível encontrar ao longo desta publicação: afinal, quem está autorizada/o a exercer o direito à maternidade (biológica), e em que termos? Enquanto nascer não for igual para todos, a luta vai continuar, porque a vitória é certa.

## REFERÊNCIAS

CORREIA, M. A. R. *Políticas de incentivo à natalidade, maternidade e parentalidade nos 27 países da União Europeia*. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Tropical) – Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2011.

GRIMES, S. The ideology of population control in the UN draft plan for Cairo. *Population Research and Policy Review*, New York, v. 13, n. 3, p. 209-224, set. 1994.

LAZZERI, T. De Angola para o Brasil, para ter um bebê: as ilusões e a solidão das africanas que vivem meses, e até anos, em São Paulo em tratamento para engravidar. *Época*, São Paulo,

6 “This mentality reflects an apparent fear on the part of the developed world that the burgeoning masses in poorer countries will destabilise the economies of the West in the future”. (GRIMES, 1994, p. 221)

7 “The growth of the politics of racism in European countries reflects recent influxes from the rapidly growing countries south of the Mediterranean, and also the fact that the balance between the population of ageing white Europe and youthful black Africa is changing rapidly”. (GRIMES, 1994, p. 221)

21 jan. 2016. Disponível em: <http://epoca.globo.com/vida/noticia/2016/01/de-angola-por-um-bebe.html>. Acesso em: 15 mar. 2016.

TELO, F. C. A. *Autonomia reprodutiva entre as Nkento Angolanas*: narrativas e escolhas. 2019. Tese (Doutorado em Gênero e Diversidade) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

TELO, F. C. A. Direitos reprodutivos em Angola: a utopia dos direitos ou o direito à utopia? *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS DA UFPB, 9., 2017, João Pessoa. *Anais* [...]. João Pessoa: CCTA, 2017. p. 1-25.

TOFANI, L. Contraceptive Depo Provera Export Urged. *The Washington Post*, Washington, 1978. Disponível em: [https://www.washingtonpost.com/archive/local/1978/08/09/contraceptive-depo-provera-export-urged/7af6bbea-6fe7-41ac-a2f7-1cf1c5aad5d1/?utm\\_term=.2c374f670276](https://www.washingtonpost.com/archive/local/1978/08/09/contraceptive-depo-provera-export-urged/7af6bbea-6fe7-41ac-a2f7-1cf1c5aad5d1/?utm_term=.2c374f670276). Acesso em: 13 maio 2016.

UK GIVES 'LANDMARK' £200m to improve contraceptive access in Africa and Asia. *The Guardian*, Londres, 13 nov. 2018. Disponível em: <https://www.theguardian.com/global-development/2018/nov/13/uk-gives-landmark-200m-to-improve-contraceptive-access-in-africa-and-asia>. Acesso em: 12 jan. 2019.



## O PROCESSO DO LUTO NA MATERNIDADE VIVENCIADA COMO UM EVENTO NÃO NORMATIVO

Ana Clara Bastos

A maternidade, sendo experiência tão central e significativa na vida de uma mulher, envolve também expectativas frustradas, experiências de perdas e vivência do sofrimento. É justamente disso que tratam os seis capítulos que compõem a terceira parte do livro, intitulada “A maternidade como evento não normativo”, e que são objeto do presente comentário. São seis estudos relevantes que, de maneira cautelosa e cientificamente embasada, lidam com experiências que não são socialmente esperadas no curso de vida de um indivíduo.

Diante da não normatividade da maternidade evidenciada nos estudos apresentados, é evidente a vivência do luto frente às perdas impostas na experiência do maternar. A vivência do luto pode ser compreendida como uma reação à perda e o percurso para a sua elaboração pode seguir um curso normal ou patológico, sempre experienciado de forma singular. De acordo com Parkes (1998), episódios agudos de dor, com grande ansiedade e sofrimento psíquico, são os sintomas mais característicos do luto.

Ao analisar o curso de vida, identificamos continuidades, assim como descontinuidades, as quais são chamadas de rupturas. (ZITTOUN, 2012) Algumas rupturas são consideradas normativas por envolverem uma expectativa social, ou seja, são esperadas para ocorrer como o avanço desenvolvimental ao longo do curso de vida, a exemplo da entrada na escola, do início do trabalho, do casamento, entre outras mudanças normativas específicas para cada cultura coletiva. O que se evidencia nos estudos apresentados é a experiência marcada por rupturas não normativas no âmbito da maternidade.

O capítulo “A morte no lugar da vida: a persistente busca pela maternidade por mulheres com trajetórias marcadas por perdas gestacionais recorrentes” apresentado

por Vívian Volkmer Pontes<sup>1</sup> focaliza a experiência de mulheres marcadas por uma inesperada interrupção da gravidez em curso e destaca a ruptura não normativa frente à expectativa criada pela gestação na espera de um bebê, experiência esta caracterizada por uma vasta gama de emoções e planejamentos futuros para a chegada de um filho. Ao longo da análise dos dados, a autora discute a experiência das mulheres na esfera da assistência à saúde, na qual torna-se possível destacar a vivência do luto frente à perda gestacional. Observa-se que os cuidados recebidos por essas mulheres, tanto a nível institucional quanto a nível profissional, podem conduzir a maneira destas pensarem, sentirem e agirem frente ao luto.

Casellato (2005), ao discorrer acerca do não reconhecimento social do luto, ressalta que há uma expectativa social diante da expressão de pesar de uma mãe ao perder o filho, sendo esta exagerada com choro compulsivo. O luto de uma mãe passa a ser não reconhecido pela rede de suporte caso a mãe não expresse o pesar da maneira extrema como esperado. Porém, a expectativa social frente às reações de uma mãe diante da perda ainda na gestação torna-se diferente por esse bebê ser ainda tratado como um feto e por não se considerar todo o vínculo já construído e todas as expectativas e sonhos que crescem junto à gestação. Tal condição dificulta o trabalho desse processo de luto e a oferta de suporte, quando necessário.

Destacou-se nessa experiência de luto uma ausência de espaço social para o reconhecimento da dor das mulheres frente à perda gestacional, o qual pode dificultar a elaboração do luto destas mulheres. De acordo com a análise de Vívian Pontes, evidenciou-se uma ambivalência dos profissionais de saúde entre um apoio instrumental e emocional, por um lado, e, por outro, uma assistência despersonalizada e permeada por preconceito e pela falta de interesse.

Torna-se necessário enfatizar que a morte não pode ser caracterizada apenas como um fato biológico, mas que se define também como um processo construído socialmente. Os significados construídos e compartilhados durante o processo de morrer são capazes de promover diversas formas de vivenciar o fenômeno. Os sentimentos que são atribuídos à morte podem e costumam se modificar de acordo com o momento histórico vivenciado, assim como de acordo com o contexto sociocultural na qual ocorre. (MENEZES, 2004) Desta forma, o reconhecimento social do sofrimento vivenciado pela mulher que passa por uma perda gestacional influenciará diretamente o processo de luto enfrentado pela mesma.

O momento histórico atual, em plena pós-modernidade, caracteriza a morte como um tema associado à vergonha, atribui-lhe rótulos negativos, opondo-lhe resistência. Para Kellehear (2016, p. 25), morrer “transformou-se em um conjunto de julgamentos

---

1 As citações de Vívian Volkmer Pontes; Renata Moreira da Silva; Márcio Santana da Silva; Isa Patrícia Barbosa Cardoso; Patrícia Brito R. de Oliveira, em coautoria com Márcio Santana da Silva e Emanuelle F. Góes, podem ser localizadas nos capítulos deste livro.

e testes deste mundo”, julgamentos estes associados à expectativa social e à percepção da morte e do sofrimento como fraqueza. Não reconhecer a dor de uma mulher ao sofrer uma perda gestacional e tratá-la de forma desumana no âmbito da assistência à saúde pode ser considerado como uma forma dos profissionais de saúde negarem a própria morte.

O processo de luto é experienciado através de uma busca de significados frente à ruptura vivenciada, com uma necessidade do indivíduo retomar o controle sobre as suas relações e sua própria vida. É possível identificar um reconhecimento social da dor vivenciada diante da perda iminente de um filho, sendo o luto parental cientificamente evidenciado por um grande potencial de complicação. Porém, em casos de perda gestacional, o luto pode ser experienciado como um luto não reconhecido: “[...] não há condições de expressar o pesar, compartilhar os mais conflitantes sentimentos e pensamentos e, então, receber apoio social e profissional para a reorganização diante da crise desencadeada por estas perdas”. (CASELLATO, 2005, p. 19)

Ao abordar os aspectos sociais presentes no processo de luto, o capítulo “Um corpo que abriga uma vida e um vírus: o significado da maternidade para mães soropositivas para HIV” de Renata Moreira da Silva também explora o significado da maternidade para mães soropositivas para HIV. A autora destaca como condição para a vivência das dores dessa experiência, seja pelo diagnóstico, pela impossibilidade de amamentar e/ou pelo preconceito e discriminação que permeiam o materno nessa condição, a existência ou não de uma rede social de suporte.

Doka (2011) propõe o conceito de luto não reconhecido quando o luto ocorre e não há um reconhecimento social para este processo. O autor enfatiza ainda que um dos motivos para a ausência do reconhecimento é o fato do enlutado não ser socialmente definido como alguém capaz de enlutar-se e, no caso das mães soropositivas para HIV, a não “permissão” para enlutar-se pode advir do preconceito e da discriminação acerca do diagnóstico associado. De acordo com Renata Moreira da Silva, “as mães em isolamento social permanecem imersas na experiência de sofrimento de forma que a dor inicial gradativamente vai aumentando, tal qual uma bola de neve”.

O processo do luto favorece a reconstrução de recursos e a adaptação às mudanças impostas pela ruptura. Pode ser considerado como um processo de organização e transformação, no qual não se apaga a crise, mas ocorre uma adaptação à nova realidade. (CASELLATO, 2005) Trata-se de um processo natural e saudável para o desenvolvimento do indivíduo e para a vivência da maternidade marcada por rupturas não normativas, o que pode favorecer o enfrentamento e as necessidades de ordem prática acerca dos cuidados da saúde e do próprio filho.

Estudos ressaltam o luto parental como particularmente severo, com longa duração e com sintomas que flutuam ao longo do tempo. Não importa a idade do filho: com a sua perda, os pais perdem também sonhos, expectativas e fantasias para o filho



perdido. (RANDO, 1986) Quando se trata da maternidade no contexto de nascimento de um autista de baixo funcionamento, conforme abordado no capítulo “*Selves* reclusos: processos dialógicos na construção de significados da maternidade por mães de autistas” de Márcio Santana da Silva, ocorre a vivência do luto frente à ausência de um filho idealizado, destacando-se a perda de sonhos e expectativas gerados em torno da maternidade. O autor destacou a busca pela compreensão de quem é o seu filho e, conseqüentemente, uma dificuldade em se definir como mãe.

Diversos autores contribuíram para a compreensão do processo de luto e desenvolveram distintos modelos teóricos explicativos da experiência da perda de uma pessoa significativa. De acordo com Bowlby (1985), duas mudanças psicológicas estão implicadas no processo do luto, sendo elas a de reconhecer e aceitar a realidade da perda, assim como a de lidar com as emoções e conseqüências que a perda implica, as quais podem ser prejudicadas ou favorecidas pelo contexto no qual a elaboração ocorre. O trabalho de luto implica no teste de realidade no qual se constata que o objeto de investimento emocional não está mais acessível. Desta forma, a aceitação dessa nova realidade permite que o indivíduo possa investir em outras relações afetivas e assim reorganizar-se emocionalmente e continuar a viver. (CASELLATO, 2005)

A maternidade é um fenômeno que deve ser analisado através de um olhar complexo, o qual inclui aspectos históricos, culturais, biológicos, psicológicos e socioeconômicos. Há uma expectativa social sobre a mulher de ter filhos após o casamento, e a incapacidade de concretizar tais expectativas ou de perder um filho pode ser vista como um fracasso. De tal forma, o sentimento de culpa torna-se presente e a mulher sofre uma pressão da sociedade por ter falhado na sua função materna de cuidar e proteger o seu filho. (CASELLATO; MOTTA, 2002) Diante da própria dificuldade em lidar com a morte na pós-modernidade, instala-se constantemente um processo de negação e uma busca intensa por evitar o morrer, reforçando a sua caracterização como um fracasso, como se não fizesse parte do curso de vida e do próprio desenvolvimento humano.

Ao abordar o reconhecimento social acerca do sofrimento individual das mulheres cujas trajetórias na maternidade caracterizaram-se como não normativas, os três capítulos que abordam o fenômeno da violência obstétrica – o qual consiste em práticas assistenciais à saúde que afetam a autonomia da mulher, da fase gestacional até o puerpério – envolvem também formas particulares de luto.

O capítulo “Dialogicidade do *self* e momentos inovativos no processo de significação da violência obstétrica sofrida por usuária da rede privada de saúde: um estudo de caso”, escrito por Isa Patrícia Barbosa Cardoso, objetivou analisar, através da perspectiva da psicologia semiótico cultural, os significados da violência obstétrica na experiência de uma mulher atendida na rede privada de saúde. Destacou-se que a esfera da assistência ao parto, permeada pela violência obstétrica, torna-se capaz de

frustrar as expectativas da mulher frente à chegada do filho e ao momento do parto, o que pode interferir nos significados construídos acerca da maternidade, assim como no vínculo a ser criado com o bebê.

O estudo “Violência obstétrica: quando a assistência desumanizadora deixa marcas além do corpo”, de Patrícia Brito R. de Oliveira e Márcio Santana da Silva, apresentou uma revisão de literatura com base em artigos, dissertações e teses, nacionais e internacionais, com o objetivo de discutir as repercussões da violência obstétrica na saúde da mulher. Essa revisão contribui para a compreensão do conceito de violência obstétrica, além de permitir analisar o fenômeno para além do corpo, sob a ótica de diversas perspectivas teóricas. Destacou-se o predomínio, no Brasil, do modelo biomédico e intervencionista na assistência à saúde, o qual reduz a possibilidade de autonomia da mulher, os seus medos e desejos, ressaltando a passividade no seu processo de cuidado, contexto este que não favorece a expressão dos sentimentos de frustração, perda e eventual processo de luto na trajetória do materno.

Emanuelle F. Góes discute, em seu capítulo “Discriminação interseccional: racismo institucional e violência obstétrica”, o impacto da violência obstétrica na vida das mulheres negras, expondo-as a condições desfavoráveis que podem causar adoecimento ou até mesmo um desfecho fatal. A autora destaca que as condições de vida e as diferentes formas de inserção social influenciam diretamente a saúde reprodutiva das mulheres e resalta a experiência das mulheres negras, as quais vivenciam a discriminação racial agregada à de gênero – o que se nomeia como “interseccionalidade” –, dificultando o acesso ao cuidado humanizado.

Aa violência obstétrica pode ser compreendida como um elemento social que atua diretamente na experiência singular vivida por cada mulher. É um evento capaz de desencadear o sentimento de frustração, retira direitos da mulher e pode afetar os significados associados à própria maternidade ao envolver perdas tanto concretas (a nível dos direitos de uma assistência humanizada) quanto simbólicas (a frustração frente às expectativas criadas no âmbito da maternidade). Pode-se acrescentar à vivência da violência obstétrica a ausência de um reconhecimento social para o sofrimento gerado por tal evento, o qual, por muitas vezes, não é também reconhecido como uma real violência praticada na assistência à saúde.

Ao falar sobre o nascer não ser igual para todas as pessoas, destaca-se, neste comentário, a vivência do luto na trajetória da maternidade não normativa. Ao ressaltar que o processo de luto é considerado uma reação à perda, identificou-se perdas concretas assim como perdas simbólicas. Desde a morte do feto na perda gestacional, caracterizando a morte e uma perda concreta, à perda simbólica de um filho que foi idealizado, porém apresentou um diagnóstico de autismo, ambas tiveram como ausente o reconhecimento social do luto e a possibilidade de expressá-lo, e, conseqüentemente, o suporte necessário para a sua elaboração. No caso da violência obstétrica, as perdas

vivenciadas pelas mulheres vão da ausência de uma assistência humanizada à perda simbólica das expectativas construídas acerca da gestação, do parto e do maternar.

Por fim, destacam-se a ausência de direitos e a própria dificuldade de expressão do processo de luto vivenciado nas situações não normativas da maternidade. Esta é uma grande contribuição trazida pelos seis capítulos apresentados nessa seção, quando destacam a experiência singular de mulheres na trajetória da maternidade através de diversas rupturas não normativas, e alertam para a necessidade de uma assistência humanizada para elas tornarem-se mães. Tal assistência no contexto da saúde apresenta o potencial de acolher a vivência e a elaboração do processo de luto frente às perdas, assim como favorecer a construção de significados sobre a maternidade, os quais devem facilitar a vivência da mesma e a própria construção do vínculo com o bebê.

## REFERÊNCIAS

- BOWLBY, J. *Apego, perda e separação*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- CASELLATO, G. Luto não reconhecido: um conceito a ser explorado. In: CASELLATO, G. (org.). *Dor silenciosa ou dor silenciada?: perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade*. Campinas: Livro Pleno, 2005. p. 19-33.
- CASELLATO, G.; MOTTA, M. A. Lutos Maternos: um estudo comparativo. In: FRANCO, M. H. P. (org.). *Estudos avançados sobre o luto*. Campinas: Livro Pleno, 2002. p. 95-127.
- DOKA, K. Disenfranchised grief in historical and cultural perspective. In: STROEB, M. S. et al. (ed.). *Handbook of Bereavement research and practice: Advances in Theory and Intervention*. Washington: American Psychological Association, 2011. p. 223-240.
- KELLEHEAR, A. *Uma história social do morrer*. Tradução de Luiz Antônio Oliveira de Araújo. São Paulo: Ed. Unesp, 2016.
- MENEZES, R. A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz: Garamond, 2004.
- PARKES, C. M. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus, 1998.
- RANDO, T. A. The Unique issues and impact of the death of a child. In: RANDO, T. A. (ed.). *Parental Loss of a child*. Champaign: Research Press Company, 1986. p. 5-44.
- ZITTOUN, T. Life course: A sociocultural perspective. In: VALSINER, J. (ed.). *The Oxford Handbook of Culture and Psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2012. p. 513-535.

PARTE IV

**PARA ALÉM  
DO NASCER:  
QUESTÕES**



## ANOTAÇÕES INTRODUTÓRIAS À PARTE IV

Ana Cecília de Sousa Bastos  
Vívian Volkmer Pontes

Para além do nascer: esta seção, a quarta e última do presente volume, inclui capítulos que discutem temas situados nas fronteiras do fenômeno da maternidade, afastando-se do foco estrito sobre gravidez e parto. Nesse sentido, o tema da maternidade dá as mãos a questões que também o circunscrevem, mas vão além, abrindo-se perspectivas que questionam, por exemplo, as representações sociais sobre o homem e a mulher e a organização social e jurídica de experiências humanas ao longo das transições no curso de vida.

O primeiro capítulo da seção, de autoria de Sara Santos Chaves, ao analisar o fenômeno da não maternidade voluntária, coloca em cena o quanto toda mulher, para definir-se enquanto tal, precisa relacionar-se com a questão da maternidade, mesmo que não pretenda tornar-se mãe. A autora oferece uma discussão original sobre os processos subjetivos que caracterizam a experiência de conduzir-se contra a norma hegemônica.

O modo como as representações de gênero impactam a interação entre profissionais de saúde, família e criança com intersexo, discutido por Ana Karina Canguçu-Campinho e Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima no capítulo seguinte, revela a extensão em que o cuidado à saúde é semioticamente circunscrito e direcionado à compreensão binária tanto de gênero quanto de sexo. O nascimento do bebê intersexo é envolto por discursos médicos de incerteza. Os protocolos de assistência à saúde revelam significados e práticas que privilegiam o ajuste do corpo intersexo à expectativa médica sobre seu sexo, gênero e sexualidade na vida adulta.

Larissa Oliveira Navarro, em seu capítulo, questiona a dimensão discriminatória de uma lei que não garante licença-maternidade e permanência no emprego de mulheres cuja gravidez chegou a termo com bebês natimortos. Sua abordagem analisa a jurisprudência praticada nesses casos em dois diferentes estados do país.

Quando nasce uma criança, nasce também uma mãe. E um pai! Há circunstâncias na vida em que esse pai renasce, abraçando mais radicalmente a própria paternidade. É o que Paulo Maciel Machado investigou no estudo publicado em seu capítulo, “O pai que nasce e renasce”, que trata das modificações no exercício da

paternidade após uma separação conjugal. O renascer também é o tema do capítulo de Elsa Mattos, que, tomando como objeto trajetórias de jovens aprendizes e os processos de ruptura-transição por que passam, nos oferece uma bela análise da dimensão simbólica do nascer.

Encerram esta seção dois capítulos-comentários muito especiais: “Cada melodia em seu tempo”, de Lia da Rocha Lordelo, e “Gravidez e parto na perspectiva da Psicologia Cultural: liminaridade e rituais”, de Giuseppina Marsico. São textos de expressiva densidade teórica e ricos em suas implicações. Esta seção se intitula “Para além do parto”. Os dois capítulos-comentários também vão além de toda expectativa ao cumprir com o caráter dialógico que se pensava para eles: abrem novos horizontes temáticos e teóricos e convocam a que continuamente estudemos e reflitamos sobre a realidade do nascer.

Assim nasce o presente livro, contendo já, a partir dos horizontes abertos pelo diálogo possível nesta seção – e nas anteriores! –, promessas relevantes para um contínuo renascer das inquietações que o motivaram e de ações que assegurem a dignidade e qualidade no nascer e no viver.

# 19

## NÃO MATERNIDADE VOLUNTÁRIA: A DINÂMICA DO *SELF* EM CIRCUNSTÂNCIAS NÃO NORMATIVAS

Sara Santos Chaves

Ter filhos faz parte do roteiro da vida tradicional que se espera que qualquer mulher, ou qualquer homem, siga. Ele faz parte de um *script* padrão que guia as expectativas dos indivíduos acerca do que está por vir em suas vidas, marcando os pontos de virada na vida desses adultos que indicariam a transformação do *self* e o amadurecimento desses indivíduos, agora pais. Mas o que acontece quando um adulto, mais especificamente uma mulher, decide não ter filhos?

Zittoun (2007) esclarece que um evento é considerado não normativo quando não ocorre em conformidade com as prerrogativas e expectativas sociais. Eventos ou situações não normativas contrariam a “normalidade” social tanto quanto a decisão de não ter filhos.

O objetivo deste estudo foi investigar como, na dinâmica psicológica no âmbito do *self*, uma pessoa transita da condição de normativa para a condição de não normatividade. Além disso, investigaremos também como o componente de agentividade se articula no processo de transição e sustenta a escolha não normativa. Nesse estudo, a situação não normativa investigada será a opção por não ter filhos.

Considerando que, nas narrativas culturais, maternidade e feminilidade estão intimamente associadas, (BADINTER, 2010; CAIN, 2001; CAMPBELL, 1985; CARROLL, 2000; IRELAND, 1993) o simples fato de uma mulher não querer ser mãe a insere na condição de não normatividade. Assim, nesse estudo farei uma análise microgenética das circunstâncias da tomada de decisão por não ter filhos, momento em que as participantes transitam para a condição não normativa.

Esta investigação faz parte de um estudo de mestrado realizado com cinco mulheres, defendido no ano de 2010. Neste artigo serão analisados dois casos de transição para a não normatividade, considerando-se que esta transição encerra aspectos que são gerais a todos os casos não normativos investigados. A Teoria do *Self* Dialógico será utilizada para compreender o processo a ser investigado.

#### A QUESTÃO DE GÊNERO: O QUE É SER MULHER?

Esta não parece ser uma pergunta de fácil resposta. Considerando que maternidade e feminilidade estão fortemente associadas em nossa cultura, considero importante levantar essa questão. Isso foi feito entre as participantes.

A categoria gênero, mesmo no movimento feminista, possui vários entendimentos e conceituações. Autoras como Scott (1995), por exemplo, consideram a existência da distinção entre sexo e gênero, sendo o gênero culturalmente construído e o sexo um dado natural (pré-cultural), diferentemente percebido e significado em sociedades distintas.

Butler (2015), por outro lado, faz uma crítica à separação entre sexo e gênero ao afirmar que o sexo é igualmente construído no Ocidente através das tensões poderosas e políticas do discurso médico. Assim, segundo esta autora, o sexo não seria necessariamente algo pré-cultural, mas algo também construído culturalmente. Esta afirmação pode parecer estranha num primeiro momento, mas se atentarmos para estudos, como o realizado por Canguçu-Campinho (2008) acerca dos significados de maternidade para mães de crianças intersexuais, observaremos que nos casos em que a criança nasce intersexual, é o discurso médico que constrói seu sexo.

A própria existência da intersexualidade evidencia que o sexo dos sujeitos não é necessariamente pré-cultural, na medida em que existe o intersexo, o que é e não é ao mesmo tempo, que reúne características biológicas tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino, diga-se uma genitália ambígua, com um clitóris aumentado, assemelhando-se a um pênis, mas com um aparelho reprodutor feminino. Vale ressaltar que esta mesma autora cita a existência de grupos de intersexuais nos Estados Unidos que hoje lutam pelo direito de serem intersexuais e não necessariamente terem que escolher, ou terem alguém que escolha por eles a qual sexo pertencerão, se ao masculino ou ao feminino. (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2008)

Butler (2015) questiona se fatos considerados naturais do sexo não seriam produzidos pelos discursos científicos. Sob disputas e interesses políticos, o sexo não seria tão culturalmente construído quanto o gênero? É importante, contudo, esclarecer que no *continuum* eu ↔ outro, se considerarmos que a sociedade (o outro) impõe seus significados sobre nós(eu) e nós os internalizamos como se não tivéssemos também capacidade de agência, estaremos incorrendo no pensamento

dicotômico indivíduo x sociedade, que considera a existência de forças discursivas poderosas que sufocam a pessoa indefesa. É justamente esse tipo de discurso que pretendo questionar, na medida em que as mulheres que optaram por não ter filhos não internalizaram de forma passiva o discurso cultural predominante acerca da maternidade, tampouco se apresentam como vítimas desse discurso, mas como pessoas que trilharam um outro caminho desenvolvimental. Como essas mulheres transitaram da condição de normatividade para a condição de não normatividade?

Becker (2009) investigou como se dá o processo através do qual determinado comportamento passa a ser considerado não normativo, ou, nas palavras dele, desviante. O autor percebeu que quando alguém se depara com uma pessoa cujo comportamento não coaduna com o comportamento esperado, essa pessoa é invariavelmente questionada. Surgem tentativas por parte do senso comum, e da própria ciência (BECKER, 2009), para explicar o fenômeno destoante, de forma que a pessoa em condição não normativa se vê esquadrihada, inquirida e deliberadamente categorizada. Compreender o processo pelo qual uma pessoa trilha um caminho socialmente não normativo tem uma relevância que transcende a temática específica deste capítulo para envolver tantas outras condições sociais com a mesma característica. Em que consiste a experiência de viver, por períodos menos e mais prolongados, transitórios ou permanentes, numa condição de não normatividade?

Em seu livro *Minding the Law*, Amsterdam e Bruner (2002) discutem o processo de categorização social, trazendo questões tais como a categorização das cores. A princípio, as cores em si parecem ser algo tão natural e prévio à cultura, mas, na verdade, engana-se quem pensa que o verde é o mesmo verde para todas as culturas, já que em algumas delas, verde e azul entram numa única categoria de cor. Quando sujeitos dessas culturas enxergam objetos verdes e azuis, é como se eles estivessem enxergando objetos de uma única cor. Da mesma forma que, para nós, cores como grená e vermelho poderiam ser consideradas uma cor só; para um estilista ou crítico de moda, que trabalha com as mais diversas variações e tons de vermelho, isso pareceria um sacrilégio. Assim, a categorização da mulher como mãe por natureza talvez não seja tão natural assim. A questão é que mesmo aquilo que parece ter sido categorizado pela “natureza”, como as cores, tem conotações da cultura. Antes de tomarmos um comportamento como necessariamente derivado de um aspecto preconcebido pela natureza, tal como a categoria sexo é concebida, devemos nos questionar em que medida a categoria sexo foi construída por nós, já que a própria natureza nos brinda com situações de ambivalência, tais como a intersexualidade, que mostram, em matéria de sexo e gênero, que as categorias não encerram “ou isto, ou aquilo”, ou masculino, ou feminino.

## O CONTINUUM EU-OUTRO E A AGENTIVIDADE

A Teoria do *Self* Dialógico é um referencial muito apropriado para o processo de análise dos dados do presente estudo. Isto porque esta teoria busca dissolver a dicotomia existente entre indivíduo e sociedade. Aqui não buscarei analisar fenômenos que são internos ou externos às participantes do estudo, uma vez que todos os fenômenos e a configuração de significados que elas dão a eles estão tanto dentro quanto fora delas mesmas. Em outras palavras, a forma com que os significados se articulam está relacionada a uma audiência de vozes que está fora, mas repercute internamente na construção de significados do sujeito e conseqüentemente nas suas ações e tomadas de decisão. Quando uma mulher decide não ser mãe, ela leva em consideração aquilo que a cultura lhe diz, os cânones narrativos, aquilo que sua família lhe diz (seja explícita ou implicitamente), aquilo que seu companheiro lhe diz, aquilo que seus amigos lhe dizem etc. Na verdade, esses dizeres são os significados dos outros, aparentemente externos a ela, acerca da maternidade ou da não maternidade. Esses significados repercutem em sua forma de compreender o fenômeno da não maternidade e a partir daí ela constrói seus próprios significados e toma suas próprias decisões, assumindo novas posições do Eu (*I-positions*). Pode ocorrer que os significados dos outros se imponham sobre os dela e ela opte por ficar com a decisão dos outros, em vez de construir a sua própria. Nesse caso, não houve agentividade.

A Teoria do *Self* Dialógico propõe que todos nós temos posições do Eu (*I-positions*): eu-mãe, eu-filha, eu-mulher que decide não ter filhos, eu-professora. Essas posições do Eu não são fixas nem estáticas. Nesse estudo buscarei compreender o processo de emergência da posição do “eu-não-querer-ter filhos”, diante das diferentes vozes dos outros (sociedade, médico, mãe, pai, companheiro, mídia) que representariam significados diferentes acerca da não maternidade voluntária.

## O SELF: DE DIALÓGICO A TRIALÓGICO

Com base no modelo G. H. Mead (1934), Valsiner (2008) sugere uma dimensão trialógica do *self*, envolvendo o *Me* (mim), que seria a posição interna do Eu.

Segundo este autor, quando nós agimos, duas dimensões ou possibilidades se configuram no âmbito da ação: a resposta do *Outro* à minha ação, a qual estaria supostamente embasada na projeção do papel social que esta *I-position* assume. Ao mesmo tempo em que *Eu* ajo, eu possivelmente respondo à minha própria ação. Ressalte-se aí que esta minha ação pode resultar de uma *I-position* interna, externalizada e semioticamente complementada. Portanto, a resposta do *Outro*, associada à minha própria resposta à minha ação inicial, é projetada para o exterior a partir daquela *I-position* interna. A resposta do *Outro* ao *Mim* (*Me*) e a resposta do

*Eu* ao *Mim* (*Me*) podem dialogar reciprocamente com a *I-position* interna: emerge daí o triângulo (o trialógico).

Segundo Hermans (2002), o *self* dialógico pode ser descrito como uma audiência de vozes presente na mente de cada um de nós. Esta afirmação implica que cada um de nós é influenciado pelos significados, pelos posicionamentos e pelos juízos de valor de outras pessoas, assim como essas outras pessoas são influenciadas por nossos significados, posicionamentos e juízos de valor. Não existe uma fronteira bem definida entre o *Eu* e o *Outro*, mas sim um diálogo. Mas como, diante de uma audiência de vozes normativas tão veementes, uma pessoa trilha o caminho não normativo?

Salgado e Hermans (2005) afirmam que a existência relacional envolve necessariamente dois polos, os quais, ao mesmo tempo em que se opõem, estão intimamente relacionados: a pessoa e o outro. Assim, dicotomias como: indivíduo x sociedade, dentro x fora não fariam sentido.

Quando eu penso sobre um evento no passado ou antecipo um problema futuro, imagino conversas com outras pessoas, que me interrogam, concordam ou discordam de mim, me respondem favorável ou desfavoravelmente. A presença dessas outras pessoas em meu diálogo interno representa as vozes de outros e o *continuum* existente entre *Eu-Outro*.

A dinâmica dialógica do *self* pode ser exemplificada da seguinte maneira: eu penso sobre um problema (primeiro pensamento), depois eu penso que tipo de conselho significativo alguém poderia me dar para que eu resolva esse problema (segundo pensamento / voz do outro) e, então, reconsidero meu problema original à luz da resposta do outro (terceiro pensamento / emergência de novo significado a partir da interação *Eu-Outro*).

Mas de que maneira e em que condições aquele que pensa é capaz de introduzir novos elementos a este processo?

Abbey e Valsiner (2005) afirmam que toda resposta não apenas faz emergir, mas também reformula a questão original, de forma que a coexistência entre continuidade e descontinuidade de processos no território do *self* é que torna possível a emergência da novidade. É justamente na interação entre o *self* e o *Outro* que emerge a capacidade de produção de novos significados. Um aspecto central do diálogo é a existência de estruturas que antecedem o sujeito e que são incorporadas por outras pessoas e grupos sociais, ao mesmo tempo em que são ressignificadas pelo sujeito.

Baseado no modelo de G.H. Mead (1934), Valsiner (2008) sugere uma dimensão trialógica do *self* envolvendo o *Me* como posição de *Eu* interna. Assim, quando agimos, há duas dimensões de possibilidades: a resposta do *Outro* à minha ação (baseada na projeção do papel social que a minha *I-position* assume) e a minha resposta à minha *I-position* interna, já que ao mesmo tempo que eu ajo, eu possivelmente respondendo à minha própria ação (reflexividade). A resposta do *Outro* e a minha própria resposta a mim mesma se apresentam na projeção externa daquela *I-position* interna.

## POR QUE AGENTIVIDADE?

A agentividade, segundo Linell (2009), está relacionada ao desejo de uma pessoa de intervir no mundo. Por que decidi discutir agentividade no processo de emergência de *I-positions* das participantes desse estudo?

Existe uma crítica à Teoria do *Self* Dialógico que supõe que esta teoria daria ênfase às vozes dos Outros, em detrimento das vozes do Eu, colocando em risco o poder de agentividade das pessoas. Nesse sentido, toda uma audiência de vozes internas poderia levar a pessoa a agir de forma meramente responsiva aos outros ou de maneira passiva frente às influências externas.

Linell (2009) questiona essa concepção ao afirmar que as pessoas não estão completamente à mercê das forças sociais discursivas, sendo essas pessoas agentes com base em suas próprias experiências e biografias. Ao focar a agentividade, tenho o objetivo de investigar como o Eu e o Outro podem se relacionar, de forma que nenhum dos polos seja dissolvido em favor do outro.

## A DINÂMICA DA INVESTIGAÇÃO

Foram entrevistadas cinco mulheres que optaram por não ter filhos. Neste capítulo, são analisadas as elaborações de sentidos de duas das entrevistadas. As entrevistas foram guiadas por roteiros não estruturados que versavam sobre as circunstâncias da tomada de decisão, os significados de maternidade das entrevistadas, a reação social à opção e a reação individual à reação social. As entrevistas tiveram o propósito de reconstruir a trajetória de vida dessas mulheres em torno da não maternidade. As narrativas foram gravadas e posteriormente transcritas. As análises foram realizadas com base na Teoria do *Self* Dialógico a partir de quatro eixos de análise:

Os eixos de análise são:

- Circunstância da tomada de decisão
- Repercussão individual da decisão
- Reação social da decisão
- Repercussão individual da reação social

Esses eixos são acompanhados pelo marcador que influencia a construção da decisão e os tipos de reações envolvidas, isto é, os significados de maternidade.

Vale ressaltar que o foco desta análise é detalhar a dinâmica psicológica no âmbito do *self* dialógico das participantes na construção da decisão pela não maternidade e a transição para a não normatividade a partir do modelo proposto por Mead (1934) e desenvolvido por Valsiner. Para tal, será apresentada a seguir a dinâmica

psicológica de uma das participantes em relação ao processo de tomada de decisão à transição para a não normatividade. Elas foram escolhidas pela riqueza de informações presente em suas narrativas acerca da transição para a não normatividade e a agentividade presente na tomada de decisão.

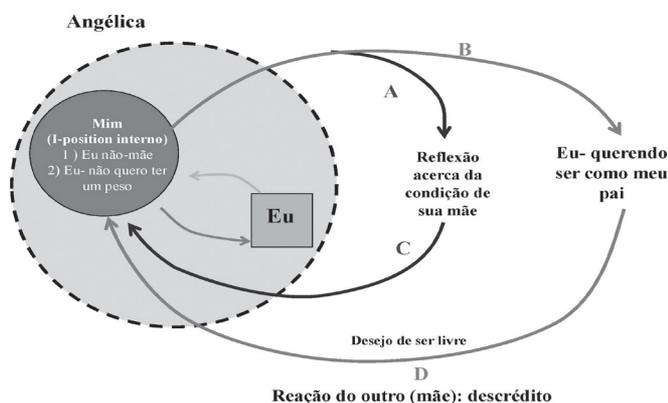
### Angélica

Angélica tem 49 anos e decidiu não ter filhos na infância, quando tinha 5 anos de idade, segundo lhe conta sua mãe. Ela é médica, já foi casada antes e atualmente está num relacionamento estável. A decisão de não ter filhos esteve relacionada ao fato de que, para ela, a maternidade atrapalharia seus planos de estudar. Seus significados de maternidade, contrariando a norma, relacionam maternidade a “peso”. Para ela, ser mãe é ter um peso para carregar, é ser burra, ao passo que não ser mãe é ser inteligente:

*Eu pensava assim: ‘meu Deus, coitada, o que será da vida dela? [quando via uma mulher grávida]’. Eu sempre encarei isso [não ter filhos] como uma liberdade, uma inteligência que tinha escolhido não ir pelo caminho de todos. (Angélica)*

A figura a seguir ilustra os momentos de formação de posições do Eu de Angélica ao longo de sua trajetória de vida nas vezes em que teve que lidar com as reações sociais à sua decisão de não ter filhos

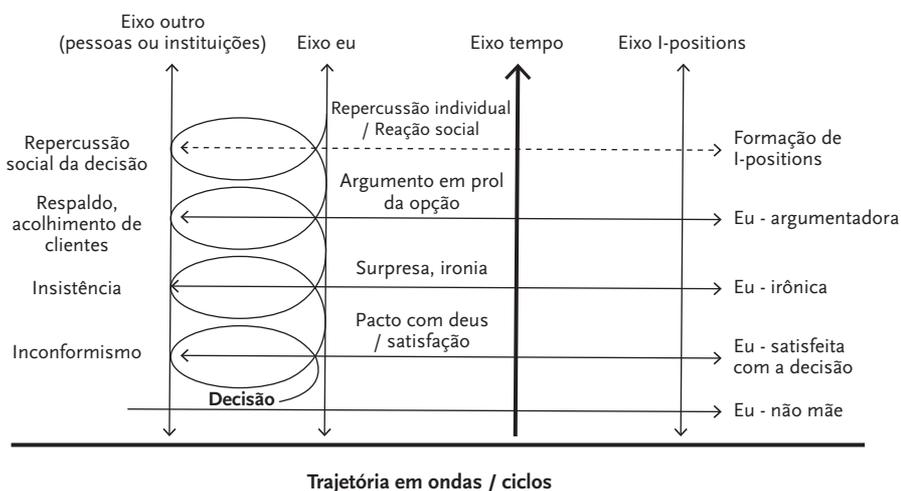
FIGURA 1 – A dinâmica psicológica na tomada de decisão: Angélica



Fonte: elaborada pela autora com base em Valsiner (2005b).

Para Angélica, influenciada pela história de sua família, ser mãe implica carregar um peso que a impede, tal como impediu sua mãe, de sair, viajar e estudar, como fez seu pai quando se separou de sua mãe quando Angélica tinha 5 anos de idade. O fato de seu pai ter ido e de sua mãe ter ficado para cuidar das filhas, a fez associar maternidade a algo que restringe a vida da mulher.

FIGURA 2 – Dinâmica psicológica de Angélica: *continuum* Eu-Outro



Fonte: elaborada pela autora.

A partir da segunda elipse, visualizando-se a figura do trecho superior em direção ao trecho inferior, Angélica transita para a não normatividade. Isso porque, nesse período, aos 24 anos de idade, estava formada, tinha estabilidade financeira e era casada. O casamento, a estabilidade financeira e a idade fértil são os principais pré-requisitos sociais para a maternidade, conforme ilustra o relato a seguir:

*É... Ainda teve uma vez, foi tão engraçado, Sara, eu tava na casa da minha ex-sogra, do primeiro casamento, eu tava estudando homeopatia e estava tomando um remédio homeopático, misturei água e bebi. Aí uma prima do meu ex-marido que tava lá começou: 'Ah! Tá fazendo tratamento!'. Aí eu disse: 'Tô'. Eu não entendi o que ela tinha falado, depois que ela falou como se eu estivesse fazendo tratamento pra engravidar escondida. Eu disse: 'Menina, olhe que coisa forte a sua vontade da maternidade', porque ela não podia ter filho. Eu disse: 'Olha que coisa forte a sua vontade da maternidade, você pensa que é uma coisa tão absolutamente universal para as pessoas que você pensa que eu escolhi. Eu já lhe disse que eu escolhi não ter, mas você quer que isso não seja verdade, você pensa que eu estou escondendo a minha vontade. Que coisa fantástica é a mente!'. (Angélica)*

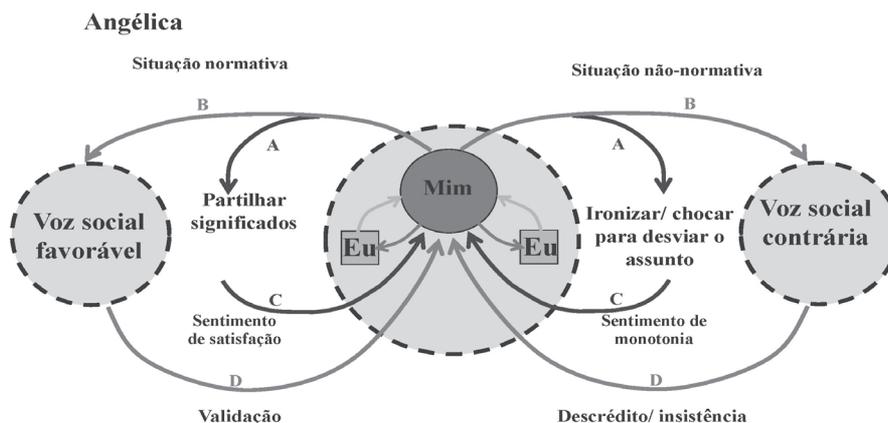
Angélica narra que teve sua opção pela não maternidade acolhida apenas por outras mulheres que partilhavam os mesmos significados de maternidade que ela, e por uma mãe que também acreditava que maternidade era um peso.

Assim, quando a situação não causa estranhamento, ela não é vista como não normativa, de forma que se pode falar livremente sobre as opiniões acerca da maternidade e da não maternidade sem ser rechaçada socialmente. A exemplo de um diálogo relatado por ela, quando conversava com uma de suas pacientes.

*‘Dra., a senhora tem filho?’. Eu disse: ‘Não’. Ela disse: ‘Pois eu vou lhe dar um conselho ótimo, a senhora tá me ajudando tanto, eu tô tão melhor do que quando eu vim aqui procurar ajuda que eu vou lhe ajudar também: não tenha, não tenha porque vai se arrepender’. [...] Disse que é trabalho demais, é horrível, a preocupação é demais. (Angélica)*

A Figura 3 abaixo ilustra a dinâmica psicológica no âmbito do *self* a partir das duas situações: aquela em que a não maternidade é vista como não normativa e aquela em que a não maternidade é vista como normativa.

FIGURA 3 – Dinâmica psicológica do *self*: situação de normatividade e situação de não normatividade



Fonte: elaborada pela autora.

Observamos, portanto, como uma mesma situação pode ser encarada de forma normativa e de forma não normativa, o que evidencia que as ações das pessoas não são absolutas em relação ao que elas significam, mas dependem dos significados partilhados no contexto de sua emergência. O mesmo pode ser dito em relação a outras situações consideradas não normativas em nosso contexto social, tais como o aborto e a homossexualidade.

## A TRANSIÇÃO PARA A NÃO NORMATIVIDADE

Os casos apresentados evidenciam aspectos que indicam transição para a não normatividade. São eles:

- A pessoa constrói significados acerca de determinado fenômeno que são destoantes dos significados culturais padrões. Exemplo: a mulher só é completa quando se torna mãe x maternidade não é fundamental na vida de uma mulher.
- A pessoa é sempre vista com estranhamento, sendo alvo de tentativas de explicação para o seu comportamento. Exemplo: determinada pessoa não quer ter filhos porque não gosta de crianças.
- Ao afirmar determinada opinião ou decisão, a pessoa é invariavelmente questionada, seja pela família, seja por outras pessoas nos mais diversos ambientes sociais. Exemplo: a pessoa é inquirida por que não quer ter filhos, já que um filho é “uma dádiva de Deus”.
- A pessoa se vê obrigada a desenvolver estratégias para lidar com as reações sociais negativas, já que estas são constantes. Exemplo: em vez de dizer que optou por não ter filhos, a pessoa diz: “foi a vida que não me deu oportunidades” ou “[o filho] está vindo”.

As narrativas das mulheres em situação não normativa contribuíram para que fosse possível elaborar um sistema de comportamentos que prevalecem em relação às pessoas em condição não normativa. Esses aspectos só puderam ser observados de maneira criteriosa graças à análise microgenética dos processos psicológicos no âmbito do *self* relacionados à tomada de decisão, à emergência de significados e agentividade das participantes.

Desta maneira, observamos que a categorização de um comportamento como normativo ou não normativo não é absoluta, já que existem circunstâncias em que a crítica social e o repúdio a este comportamento não ocorrem, como no caso de Angélica, ao encontrar uma cliente que diz que maternidade é algo desgastante. Neste contexto, ela pôde falar sobre sua opção por não ter filhos sem ser criticada. Isso mesmo foi dito por Cristiane e Susan ao participarem da entrevista para este estudo. O fato de não terem seu comportamento repreendido durante a entrevista criou um espaço no qual a opção por não ter filhos deixou de ser uma opção não normativa, a exemplo do que disseram duas das participantes desse estudo:

*Ah bem, bem, foi ótima [a entrevista]. Falar tudo isso é muito bom pra mim, porque nem sempre você tem a oportunidade de falar. É pouca, são tão poucas [oportunidades]. Esse papo jamais eu vou ter com uma mulher que tem filhos. Mas são poucas as oportunidades*

*que a gente tem de falar. Eu tô tendo essa oportunidade de falar assim com outra pessoa igualzinha a mim. Porque se não for, não vai. (Susan)*

*Não, eu falei realmente o que eu sinto. Eu acho que, né, não tem nada... Achei legal fazer essa entrevista! Acho bom, acho que é um momento também de ... é... de... catarse, né? (Cristiane)*

Isto quer dizer que quando uma pessoa se comporta de maneira não normativa esta pessoa não está agindo contra a natureza, tampouco é uma anormalidade que precisa ser compreendida. A questão em pauta é em que contexto ela se comporta de maneira não normativa, já que é justamente esse contexto e as pessoas que constituem e que são constituídas por esse contexto que tornam a situação não normativa.

Por que os cantores de jazz se agrupavam em “guetos”, segundo Becker (2009), para tocarem sua música na década de 1950, nos Estados Unidos? Por que os homossexuais possuem locais onde se reúnem, tais como bares e boates ditas LGBTQ, por se sentirem mais à vontade? Porque, nesses contextos, eles não são pessoas que se comportam de maneira não normativa.

Por que mulheres que optam por não ter filhos evitam falar sobre sua escolha em ambientes onde não têm intimidade com as pessoas? Porque em boa parte desses ambientes elas serão vistas como pessoas que adotaram uma conduta não normativa.

Assim, uma pessoa transita da condição de normatividade para a não normatividade em duas circunstâncias:

- Quando ela se comportava de acordo com os significados sociais construídos em torno de determinado fenômeno, partilhava esses significados, mas posteriormente elaborou significados contrários ou ambivalentes aos anteriores. Exemplo: Cristiane pensava em ser mãe antes dos nove anos. Nesse período, ela partilhava os significados sociais segundo os quais fazia parte da vida de uma mulher ter filhos. Depois da experiência de acompanhar o desenvolvimento de seu irmão adotivo, ela construiu novos significados acerca da maternidade, que ampliaram seu espaço de ação enquanto mulher. O fato desses significados serem contrários ou ambivalentes aos significados de maternidade sustentados pela maioria das pessoas a fez transitar para a não normatividade.
- Uma pessoa convive num contexto em que seus significados acerca de determinado fenômeno são partilhados pela maioria e desloca-se posteriormente para um contexto no qual seus significados não são partilhados pela maioria. Também nesse momento esta pessoa transita para a condição não normativa. Exemplo: uma mulher que realiza um aborto num país como Cuba, onde nem a religião, nem a lei consideram este ato assassinato ou crime, muda-se para o Brasil. Haverá uma polêmica em relação ao fato dela ter feito um aborto se

ela mencionar isto abertamente. Portanto, ela transitou para uma situação não normativa.

Certamente não é apenas o ambiente que torna uma situação normativa ou não normativa. Conforme dito anteriormente, não existe um ambiente ou contexto separado do Eu, da pessoa, mas sim o *continuum* Eu ↔ outro, pessoa ↔ contexto. Daí porque não faz sentido falar em vítima da sociedade ou aberração social. Pessoa e contexto constroem o que é normativo e o que é não normativo. É justamente por conta dessa interação que podemos falar em agentividade ou capacidade de protagonizar a própria história.

O argumento de que a sociedade molda a pessoa é vazio, já que a sociedade está no sujeito, faz parte dele e vice-versa. Contrariar essa ideia implica assumir a dicotomia indivíduo x sociedade. A agentividade evidencia a capacidade da pessoa elaborar significados a partir do que lhe foi dado, criando a novidade, construindo novos rumos em sua vida, como aconteceu com Cristiane, Susan e Angélica.

Portanto, fica claro, conforme apontaram Becker (2009) e Amsterdam e Bruner (2002), que a sociedade estabelece formas de conduta padronizadas, socialmente aceitas e construídas com base em significados que são anteriores à pessoa quando do seu nascimento, mas essa pessoa, ao nascer e fazer parte desta sociedade, reelabora os significados que lhe foram dados, trazendo à tona a dinâmica de emergência da novidade presente no processo de desenvolvimento humano.

## REFERÊNCIAS

- ABBEY, E.; VALSINER, J. Emergence of meanings through ambivalence. *Forum: Qualitative Sozialforschung = Forum: Qualitative Social Research*, Berlin, v. 6, n. 1, p. 1-25, Jan. 2005.
- AMSTERDAM, A. G.; BRUNER, J. S. *Minding The Law*. Cambridge: Harvard University Press, 2002.
- BADINTER, E. *Le femme et la mere*. Paris: Flammarion, 2010.
- BECKER, H. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- BUTLER, J. *Undoing Gender*. New York: Routledge, 2015.
- CAIN, M. *The childless revolution*. Cambridge: Perseus Publishing, 2001.
- CAMPBELL, E. *The childless marriage*. London: Tavistock Publications, 1985.
- CANGUÇÚ-CAMPINHO, A. K. *Aspectos da construção da maternidade em mulheres com filhos intersexuais*. 2008. Dissertação (Mestrado Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.
- CARROLL, L. *Families of two*. Breinigsville: Xlibris Corporation, 2000.

- HERMANS, H. H. J. M. The Dialogical Self as a Society of Mind: Introduction. *Theory and Psychology*, [London], v. 12, n. 2, p. 147-160, Apr. 2002.
- IRELAND, M. S. *Reconceiving women*. New York: The Guilford Press, 1993.
- LINELL, P. *Rethinking Language, Mind and World Dialogically*. Charlotte: Information Age Publishing, 2009.
- MEAD, G. H. *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press, 1934.
- SALGADO, J.; HERMANS, H. J. M. The return of subjectivity: From a multiplicity of selves to the dialogical self. *E-Journal of Applied Psychology*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 3-13, 2005.
- SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.
- VALSINER, J. *Culture in minds and societies*. London: Sage Publications, 2007.
- VALSINER, J. The promoter sign. *Transitions. Journal of Personality*, [Durham], v. 72, n. 3, p. 564-602, 2005b.
- VALSINER, J. Scaffolding within the structure of Dialogical Self: Hierarchical systems of semiotic mediation. *New Ideas in Psychology*, Oxford, v. 23, n. 3, p. 197-206, 2005a.
- VALSINER, J. The self surrounding itself: double dialogicality. In: INTERNATIONAL CONFERENCE FOR THE DIALOGICAL SELF, 5., Cambridge, 2008. *Paper* [...]. Cambridge: [s.n.], 2008.
- ZITTOUN, T. The role of symbolic resources in human life. In: VALSINER, J.; ROSA, A. (ed.). *The Cambridge Handbook of Sociocultural Psychology*. New York: Cambridge University Press, 2007. p. 343-361.



# 20

## O NASCIMENTO DE BEBÊ INTERSEXO E AS METÁFORAS SOCIOMÉDICAS SOBRE CORPO, SEXO E GÊNERO

Ana Karina Canguçu-Campinho  
Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima

*Uma cena fictícia ocorre em um hospital público, em uma cidade no interior da Bahia. Um parto 'normal' ocorre em uma madrugada chuvosa. Na maca, a recém-mãe vive um misto de alegria de ter dado à luz a seu terceiro rebento e de medo por não ter seu filho imediatamente em seus braços. Sente-se só, um silêncio se enuncia. Médicos, enfermeiras, auxiliares passam de uma mudez austera a falas confusas e em códigos indecifráveis para aquela mãe. Qual o sexo do bebê? O bebê tem sexo indefinido! O bebê tem genitália ambígua! Tem que fazer mais exames para comprovar o sexo! E a mãe, lembrada enquanto recém-parida e esquecida enquanto sujeito, chora na solidão do incompreensível.*  
(CANGUÇÚ-CAMPINHO; LIMA)<sup>1</sup>

Esta é uma cena fictícia, mas tem similaridades com o relato de muitos partos de crianças intersexo. A solidão e desespero vividos no momento do parto e pós-parto são sentimentos comuns a muitas destas mães. A experiência da gestação, o curso de gestante, a consulta e exame pré-natal, nada disso prepara as famílias para o nascimento de uma criança intersexo. As tecnologias biomédicas, como o ultrassom e

1 Minicrônica de Ana Karina Canguçu-Campinho e Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima, autoras do capítulo.

o “teste do pezinho”,<sup>2</sup> alertam sobre a existência de bebê com os genitais “atípicos”, mas o desamparo do desconhecido e a sombra do corpo hermafrodita são vividos intensamente pela família. No imaginário da família não há lugar para compreensão da corporeidade intersexo como uma diversidade possível, mas sim como corpos que divergem da normalidade dos sexos e que remetem ao mito do hermafrodita. No diapasão das relações humanas, que afina a vibração das notas das conexões, da convivialidade e as frequências do acolhimento de cada pessoa, o mito do hermafrodita incide como uma instância ontológica desafinada. No imaginário daqueles que poderiam garantir o colo ao recém-nascido vibra um elemento a dissolver a força agredora da música de cada sujeito e dos seus ouvintes.

#### NASCIMENTO DE CRIANÇA INTERSEXUAL: RUPTURAS E INOVAÇÕES

Há poucos dados oficiais sobre frequência de pessoas nascidas com características intersexo. Em documento recente, o escritório da Organização das Nações Unidas para os Direitos Humanos ([201-]) apresenta a incidência de até 1,7% de pessoas intersexo no mundo.<sup>3</sup> No Brasil persiste o desconhecimento sobre o número real de pessoas que possuem características próprias à condição de intersexo; no entanto, independentemente de elementos quantitativos que retratem a frequência do intersexo na população, é possível ressaltar a repercussão deste fenômeno na dinâmica da vida destes indivíduos e de suas famílias.

A ocorrência de eventos não esperados no curso de vida pode ou não desembocar em transições consideradas como não normativas. Esta não normatividade configura-se como uma expressão que, escapando da configuração original, requer o movimento do distanciamento e da aproximação para ser apreciado na sua totalidade. Tal o quadro que, exposto na parede, pede um olhar que o considere em ângulos diversos daquele que o examina. O enunciado do texto literário que, desembocando na foz da subjetividade sedenta do leitor, pode vir a ser traduzido como espelho de seus próprios sentimentos, diferentemente da expressão algébrica conclusiva de um determinado enunciado. O não normativo contém um convite para ser revelado, pois contém o novo, condição que lança anzol e linha para os que, no cotidiano, têm formas habituais e normatizadas de alcançar o peixe.

2 Desde 2015 a triagem neonatal, mais conhecida como o “teste do pezinho”, incluiu no seu rol de exames a dosagem de 17-hidroxi-progesterona (17-OHP) para detecção de Hiperplasia Adrenal Congênita, um dos diagnósticos médicos comuns para se referir à intersexualidade. (BRASIL, 2015)

3 Nota informativa que integra a campanha ONU Livre & Iguais promovida desde 2013 pelo Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH). Disponível em: <https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2017/05/Intersex-PT.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2018.

Transição no tempo de vida é concebida como período posterior a eventos que comprometem e alteram certas rotinas. (ZITTOUN, 2004) Alguns eventos podem ser vistos como rupturas no fluxo regular da sua própria experiência. Transições envolvem mudanças pessoais internas ou nos ambientes dos indivíduos, possibilitando a ocorrência de novos arranjos desenvolvimentais. No caso da criança intersexo, o advento do nascimento repercute de forma direta na dinâmica da família. O momento do parto é atravessado por incertezas tanto para família, quanto para equipe de saúde neonatal. O sentimento de desamparo vivido então pela família se fundamenta na crença social de que os sexos seguem padrões binários exclusivos de masculino e feminino e que estas duas possibilidades não incluem variedades nas suas configurações morfológicas. Esta compreensão normalizadora das corporeidades sexuais induz à percepção dos corpos intersexo como incompletos e anormais. Quando o todo incisivo da incompletude e da diferença se projeta na família com o advento do nascimento de criança intersexo desencadeiam-se algumas vertentes que ainda ensejam reflexão: a vertente da discriminação que alcança a margem da família; a vertente da insegurança; a vertente da contradição relativa à identificação da sua corresponsabilidade com este resultado expresso na corporeidade do/da recém-chegado/a.

Neste capítulo consideraremos que pessoas com corporeidade intersexo<sup>4</sup> nascem com anatomias sexuais ou reprodutivas que não correspondem à expectativa social sobre os corpos “tipicamente” masculinos ou femininos. Não existe uma única expressão corporal intersexo. O panorama binário de sexo-gênero atravessa as narrativas médicas direcionadas a estas crianças, repercutindo nas definições pós-parto e na experiência de parentalidade das famílias. O “processo de designação sexual” passa a ser o principal organizador dos atos e cuidados à saúde do recém-nascido intersexo. Este processo, ao seguir uma lógica biomédica, se fundamenta em indicadores fornecidos pela prática clínica e pelas tecnologias médicas para “definição” do sexo de cada caso específico.

Se em um primeiro momento os termos médicos assustam e corroboram para a vivência traumática do parto, em um segundo parecem funcionar como “organizadores” psicológicos diante de um “limbo de gênero” experienciado pela família. Ainda que os signos utilizados pela medicina, fundamentados na lógica binária dos sexos, desloquem a corporeidade intersexo para o campo da patologia e anormalidade sexual, são vividos pela família como estabilizadores semióticos diante do nascimento de uma criança intersexo. Neste efeito, servem os signos de régua para

4 Esta compreensão de corporeidade intersexo foi inspirada inicialmente no conceito de intersexualidade apresentado pela Associação Norte-Americana de Intersexualidade (ISNA), fundada em 1993 e dissolvida em 2008. Para integrantes da ISNA ([20-], tradução nossa), a intersexualidade é concebida como “[...] uma variedade de condições nas quais as pessoas nascem com órgãos reprodutivos e anatomias sexuais que não se encaixam na típica definição de masculino ou feminino”.

mensurar determinados padrões no caderno de pauta da caligrafia humana, independentemente do texto a ser escrito, lido e interpretado.

A atuação médica, a partir da classificação diagnóstica, pode fornecer para a família elementos para uma tentativa, ainda que de forma inconsciente, de reparação da ferida narcísica que é aprofundada com o nascimento de uma criança intersexo. (QUEIROZ, 2018) No entanto este aparente “apaziguamento” do conflito psíquico familiar está ancorado na perspectiva biomédica reducionista, que define sua prática de acordo com duas modalidades “ideais” de corpos sexuados: masculinos e femininos. Na coreografia não ensaiada que a família passa a executar no pós-nascimento, reverbera a música de fundo com acordes divergentes: em um ritmo ressoa a incerteza da sua apresentação; em outro ritmo, vibra a expectativa de dançar conforme a música tocada por quem tem autoridade instrumental.

Ainda que o “processo de designação sexual” seja uma prática assentada sobre o saber-poder médico, com reduzida atenção à autonomia da pessoa intersexo, a família tem ampliado sua participação neste processo. As consequências orgânicas e psicológicas para o futuro da criança parecem direcionar algumas das ações médicas e familiares. No horizonte destas práticas está a ideia de “gêneros inteligíveis”,<sup>5</sup> (BUTLER, 2015) sustentada pela previsão de fertilidade, procriação e relações afetivas heterossexuais. Configura-se, então, um enredo escrito e transcrito intergeracionalmente que a família “precisaria” sustentar para continuar a coreografia, independentemente de ser esta a sua genuína inspiração.

O choque diante de uma corporeidade entendida culturalmente como “anormal” é pouco a pouco substituído pela necessidade de reorganização familiar. (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2008) A família constrói sentidos sobre a singularidade da sua criança e desenvolve práticas de cuidados ajustadas às novas necessidades e em função do seu entorno social. O corpo, lido como ambíguo, torna-se um importante regulador dos sentidos elaborados sobre a criança intersexo. Nesta direção, a dinâmica subjetiva da pessoa intersexo e sua constituição identitária é atravessada, de forma longitudinal, por significados sociomédicos sobre a inteligibilidade deste corpo. O sujeito psicológico, segundo Valsiner (2012), se constitui na articulação entre a cultura pessoal e a cultura coletiva, por meio da separação inclusiva destas instâncias. O processo dual de internalização e externalização garante a ausência de isomorfismo entre as culturas coletiva e pessoal, tornando cada pessoa única, embora sob o mesmo *background* da cultura coletiva. Esta visão bidirecional pressupõe a relevância dos valores e crenças culturalmente construídos, mas ressalta uma relativa autonomia dos indivíduos. As expectativas e normas sociais influenciam tanto o diálogo entre pessoas quanto o diálogo interno do

5 De acordo com Butler (2015, p. 43), os gêneros inteligíveis instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, práticas sexuais e desejo. A heteronormatividade regula estas relações.

*self*. (HERMANS, 2004) As normas sociais afetam, mas não determinam exclusivamente a construção de significados: estes também são subjetivamente construídos. Em se tratando da intersexualidade, as normas binárias relativas ao sexo e gênero são atualizadas nos discursos sociais. “Masculinidades e Feminilidades normativas são produzidas por investimentos sociais que vão desde a escolha de cores, brinquedos e roupas considerados adequados para cada sexo, até os planos de futuro para a criança, previsão de seus gostos, comportamentos e modos de ser.” (CANGUÇÚ-CAMPINHO, et al., 2018, p. 446)

Neste estudo consideramos que o **colo<sup>6</sup> de afeto e sentidos** que a família disponibiliza para seu bebê intersexo é intensamente influenciado pelas narrativas sócio-médicas sobre o corpo e gênero. Nessa direção, o objetivo deste capítulo é compreender os significados sobre gênero, sexo e corpo intersexo expressos e elaborados nos discursos médicos.

## METODOLOGIA

Este estudo não se caracteriza como uma etnografia clássica, mas tem um **cunho etnográfico**,<sup>7</sup> ao envolver a imersão da pesquisadora no cotidiano do Serviço de Genética do Ambulatório Magalhães Neto (HUPES/UFBA), atuando como observadora participante nas consultas médicas e nas interações ocorridas em outros espaços no ambulatório. Este serviço foi escolhido para a realização deste estudo por configurar-se como referência no Estado ao acompanhamento de pessoas intersexo. Segundo Mello e demais autores (2010), este ambulatório de genética se tornou uma clínica de referência terciária para condições de intersexualidade.

A escolha metodológica converge com a perspectiva de Sato e Souza (2001), de Tracy (2013) e de Saunders, Lewis e Thornhill (2009), que definem o estudo etnográfico como sendo uma pesquisa baseada na observação participante e/ou em registros da vida diária nos contextos em que ela naturalmente acontece.

O contexto da **observação participante** envolveu a interação entre a família, o profissional de saúde e a criança em acompanhamento médico neste serviço de saúde. Também foram realizadas **entrevistas individuais semiestruturadas** com os profissionais médicos deste serviço. Os conteúdos de interesse a este estudo foram aqueles que abordaram as **percepções, crenças, sugestões, críticas e convergências sobre a temática intersexo**. Algumas **questões principais** nortearam as observações e entrevistas: Quais os principais discursos médicos sobre

6 “Colo”, aqui, no sentido usado em “dar colo”, dar aconchego, dar contenção afetiva para a criança.

7 Este é o recorte de um estudo maior realizado para o doutoramento em Saúde Pública de Ana Karina Canguçu-Campinho, uma das autoras deste capítulo. Participaram como orientadoras desta tese a Prof.<sup>a</sup> Ana Cecília de Sousa Bastos e a Prof.<sup>a</sup> Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima.

a criança intersexo? Como entendem a concepção de sexo e gênero? Como estes profissionais se posicionam na interação com a família e com a criança?

As narrativas expressas no momento formal dos atendimentos médicos e nas conversas do corredor foram analisadas seguindo a proposta de Liebllich, Tuval-Mashiach e Zilber (1998).<sup>8</sup> As observações sobre o atendimento ambulatorial foram agregadas em diário de campo que configurou um *corpus* de análise específico. Seguiu-se a proposta de Emerson, Fretz e Shaw (1983), que sugerem a inserção de notas e comentários pertinentes à experiência como pesquisador, além de questionamentos em direção a estes mesmos comentários. As anotações do diário de campo forneceram reflexões relevantes à compreensão da dinâmica de atendimento e do funcionamento deste serviço de genética. A partir da leitura das notas de campo e da transcrição das entrevistas foram destacados alguns temas e categorias principais que serão apresentadas ao longo do texto. Nesta dinâmica de integração dos sentidos e dos silêncios das diversas falas, a condição de observador participante facultou organizar uma aproximação e um distanciamento do conjunto humano que emergia ou que vinha à tona, como experiência de revelar-se no gerúndio, mediada por uma interação ora com a autoridade médica, ora com outras famílias ali atendidas, ora como expressão subjetiva, tal como a olhar-se no espelho diante dos pontos imersos em si e projetados, circunstancialmente, no colo das palavras.

## VISÃO DA INTERSEXUALIDADE COMO PATOLOGIA

As questões da vida e saúde sempre foram objeto de interesse da humanidade (SFEZ, 1996) e constituem componentes que integram o *status* moral da criança. (FREEMAN, 1997) Atualmente, a medicina, que ocupa lugar central nas práticas em saúde, ao agregar as tecnologias, transformou a relação médico-paciente e a relação da pessoa com seu corpo e sua subjetividade. O conceito “estados intersexuais” esteve originariamente vinculado à perspectiva biomédica, que a circunscreve no campo da doença, da desordem orgânica e da malformação congênita. No ano de 2005, alguns especialistas, reunidos na Conferência Internacional do Consenso em Intersexo, propuseram a alteração da nomenclatura “intersexualidade” para “transtorno do desenvolvimento sexual” (LEE et al., 2006), considerando estigmatizante o termo “intersexo”. Esta mudança ressalta a compreensão deste fenômeno como patologia. Em 2016 foi publicado um artigo de revisão do consenso de 2006, que destaca a relevância dos acompanhamentos psicológicos e do grupo de suporte, no entanto, mantém a compreensão da intersexualidade como o

8 As conversas de corredor envolveram momentos de troca de experiência entre profissionais médicos e estudantes, além de conversas informais sobre pacientes e sobre amenidades de forma geral.

transtorno referido acima. (LEE et al., 2016) Ao longo do tempo, já no século XXI, a projeção da régua da linguagem biomédica passava a indicar parâmetros de exclusão mediante uma impositiva ordenação daquilo que se lhes parecia, posto que intersexual, um “transtorno”. Guarda a linguagem, pelos seus próprios atributos, uma dualidade que não tem força bastante para assegurar a passagem do vão entre o pensamento daquele que a emite e o sentimento e a naturalidade interpretativa daquele que a recebe. Desta forma, o Consenso de Chicago<sup>9</sup> reverberou como uma circunscrição patologizante em um discurso no qual a diversidade não cabe na régua ou na pauta.

A compreensão da corporeidade intersexo como malformação está conectada à concepção de anormalidade. Marzano-Parisoli (2004) argumenta que, atualmente, a retórica da saúde promove tanto a recusa às doenças quanto a sua estigmatização, ao disseminar a concepção das doenças como desvios e anormalidades. A autora reflete sobre o conceito de normal, pontuando duas premissas que organizam esta concepção na linguagem corrente: a) conforme o estado mais frequente e habitual; b) conforme o natural. Diante destas premissas, torna-se relevante questionar: estado mais frequente para quem? Para a pessoa enferma, para a família ou para a sociedade? Natural se refere à dimensão orgânica, biológica ou não artificial, espontânea? Estas questões dialogam com o repertório crítico proposto pelos sociólogos Paul Hunt e Michael Oliver quando discutiram quão intolerante com a diversidade era e é a sociedade capitalista. (DINIZ, 2007) A perspectiva de superar o paradigma biomédico em relação às circunstâncias de uma corporeidade diversa tem sido estudada sob o tema dos *disability studies*, envolvendo autores de diversas áreas e nacionalidades. (DINIZ, 2007; MARTINS et al., 2012) O tema dialoga, igualmente, com a perspectiva da justiça e dos direitos humanos. (NUSSBAUM, 1997, 2004) No entanto, incide nesta vertente da corporeidade intersexo a matriz filosófica da alteridade proposta em Lévinas (RODRIGUES, 2011), seja na singularidade do ser do outro, seja na imprescindibilidade de acolhimento mediado pelo olhar de si e para si.

No estudo desenvolvido, a visão do intersexo como anormalidade apresentou-se em diversas narrativas dos profissionais. No trecho baixo acrescenta-se à visão de anormalidade o ideal de “perfeição” não atingido pelo corpo intersexo.

*Toda família sonha com uma criança perfeita e que, quando nasce uma criança que não é normal, o impacto na família é enorme.* (Dra. Mariana)

Esta **visão de anormalidade** é compactuada com outros profissionais médicos, que, ao falarem sobre as novas nomenclaturas propostas na conferência de

9 Artigo elaborado por especialistas que participaram da Conferência Internacional do Consenso em Intersexo.

2005,<sup>10</sup> expressam a compreensão da intersexualidade como distúrbio ou anomalia. Há uma escolha por circunscrever a intersexualidade no campo da malformação congênita, priorizando a dimensão orgânica, que pode ser “consertada”, em oposição à concepção de hermafroditismo, que se aproxima de uma dimensão moral relativa à sexualidade.

*Eu prefiro ela [Desordem do Desenvolvimento Sexual (DDS) ou Anomalias do Desenvolvimento Sexual (ADS)] do que ‘ambiguidade genital’... Eu acho que é mais confortável, é como se uma pessoa nasceu com uma coisa malformada, tá? Com determinado organismo malformado e que a gente vai consertar. É muito melhor do que ‘pseudo-hermafroditismo’ masculino, feminino, muito melhor... Como se fosse assim – o bolo saiu errado, a forma saiu errada, vamos colocar agora na forma certa. (Dra. Diana)*

Esta outra profissional sugere a nomenclatura “transtorno” para se referir a pessoas intersexo, acreditando ser menos estigmatizante. Na literatura psiquiátrica, esta nomenclatura se refere a um conjunto de aspectos: seja orgânico, afetivo ou comportamental. Ainda que exista uma problematização do termo “distúrbio”, a narrativa de Dra. Rosana (abaixo) se fundamenta na ideia de que a causa do sofrimento psíquico e social da pessoa intersexo estaria na existência *per si* de um corpo não típico.

*Eu não gosto do termo ‘anomalia’ e também ‘distúrbio’. Quando a gente lê na literatura inglesa essa palavra, ‘disorder’, a maioria dos psiquiatras, do pessoal da área de saúde comunitária, geralmente traduz isso como ‘transtorno’. Eu acho que seria um termo muito mais interessante... menos estigmatizante. (Dra. Rosana)*

Este trecho acima destacado permite refletir o quanto a família, vista como espaço de acolhimento e cuidado relacional (DONATI, 2008) requer, no seu repertório cultural e emocional, uma outra gramática para interagir com este acervo nominativo que a circunstância da corporeidade intersexo lhe inscreve quando em interação com os profissionais.

## METÁFORAS MÉDICAS ACERCA DA CORPOREIDADE INTERSEXO

As metáforas foram estratégias frequentemente utilizadas pelos profissionais de saúde deste ambulatório no momento pedagógico com alunos ou profissionais iniciantes. Houve uma tentativa de integrar a visão de intersexo às novas concepções de sexo e gênero, que ultrapassam a determinação exclusiva dos cromossomos

.....  
10 Conferência Internacional do Consenso em Intersexo ocorrida em 2005, na qual iniciou-se a elaboração do documento conhecido internacionalmente como Consenso de Chicago.

sexuais. Neste caso, as metáforas foram usadas como recurso simbólico diante da emergência de um evento incomum.

A **metáfora da chave-fechadura** foi utilizada por Dra. Mariana ao explicar aos estudantes como conversar com os pacientes e sua família sobre a condição intersexo. A metáfora da chave-fechadura desloca para a dimensão imagética o que é considerado por estes profissionais a causa da incongruência entre o genótipo e o fenótipo. Neste exemplo, considera os hormônios como chave e os receptores como fechadura, ressaltando que, no caso das crianças com diagnóstico de Insensibilidade Androgênica, há um “erro” na fechadura (receptores). Esta narrativa expressa a concepção arraigada à medicina de que a intersexualidade é uma deficiência, um erro, uma desordem relativa ao desenvolvimento sexual.

A preocupação com forma e tamanho dos genitais conduz muitas práticas médicas em torno do bebê com a corporeidade intersexo. Um livro com fotos de genitais foi utilizado por uma das médicas deste serviço, com o objetivo de ilustrar a diferença nos genitais, distinguindo os genitais de meninas “normais” dos genitais de meninas com diagnóstico médico de Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC).<sup>11</sup> É destacado que, no caso da HAC, as meninas chegam a ter o clitóris maior que o pênis de meninos “normais” da mesma idade. A diferença se daria pela ausência de testículo na bolsa escrotal nas meninas com HAC.

Esta prática observada se alinha ao questionamento proposto por Machado (2005, p. 254) ao argumentar que no “manejo médico dos corpos *intersex*, há uma espécie de aproximação entre a noção de ‘natural’ e aquilo que é considerado o ‘ideal’ de corpo dentro das normas sociais”. Já a definição do ‘não natural’ colapsa, com muita facilidade, à de ‘desvio’ ou ‘anomalia’. Mais uma vez, a oposição normal/anormal foi utilizada para a produção de saberes em torno do fenômeno intersexual. As imagens sustentam o argumento comparativo entre órgãos sexuais normais e com “anomalias”.

Em relação às mulheres com cariótipo XY, foi utilizada a **metáfora dos seis dedos** para explicar à paciente que ela é mulher, mas diferente. A médica explicita que:

*Semelhante a uma pessoa que nasceu com um dedo a mais, você [a paciente] não tem útero. São várias as etapas para a construção do sexo e uma destas etapas não veio certa. (Dra. Mariana)*

Esta comparação feita entre a pessoa nascida intersexo e pessoa com o “dedo a mais” é justificada pela médica como uma tentativa de tornar esta situação mais simples para a família e para o próprio indivíduo intersexo, pois levaria a diferença

.....  
11 Um dos diagnósticos etiológicos de intersexo. Como categoria médica se caracteriza por diferentes deficiências enzimáticas na síntese dos esteroides adrenais. (BRASIL, 2015)

genital para o campo de outras “malformações”. Este trecho abaixo também exemplifica a dimensão estética e funcional presente na percepção médica sobre a criança intersexo.

*[...] desmistificar um pouco pra família de que isso não é a pior coisa que pode acontecer, porque não tem risco de vida. Isso é uma coisa que eu coloco pros pais, que às vezes as mães estão ali muito chorosas. Eu falo: ‘Ô, mãe, mas não seria muito pior se ele nascesse com um defeito no coração e tivesse que cortar o peito pra fazer cirurgia no coração? Se nascesse com problema no rim e tivesse que fazer diálise a vida toda? Isso aí é uma questão estética, funcional e importante, mas se a gente não fizer nada a pessoa não vai morrer disso.’ (Dra. Mariana)*

A **metáfora do zíper** foi utilizada pela Dra. Mariana na explicação aos seus estudantes sobre a aparência dos órgãos sexuais masculinos e femininos. Segundo a médica, o zíper fica fechado em crianças normais do sexo masculino e aberto em crianças normais do sexo feminino.

*Nas crianças intersexuais não é tão simples, alguns ficam no ‘meio do caminho’.* (Dra. Mariana)

Esta metáfora reforça a ideia da continuidade entre o corpo masculino e o feminino, com órgãos sexuais que são graduados ao se aproximarem ou se distanciarem dos órgãos completamente masculinos ou completamente femininos. A fala abaixo também compreende o corpo intersexo como incompleto:

*[Nasce] com a genitália, ao invés de ser uma genitália masculina completa, nasce com defeito, ao invés de nascer uma genitália feminina completa também.* (Dra. Diana)

O conceito de normalidade-anormalidade, pautado na ideia de corpos e gêneros binários, apesar de não ser um construto homogêneo, uma vez que não existe um modelo de ser humano normal e saudável que possa ser usado para todas as situações e todos os contextos socioculturais, é continuamente disseminado nos discursos sobre as pessoas intersexo.

#### NARRATIVAS SOCIOMÉDICAS SOBRE A CORPOREIDADE INTERSEXO: INTOLERÂNCIA ASSIMILATIVA

A dimensão do corpo não é representada apenas na experiência particular a cada sujeito, mas expressa um devir histórico que se transforma no tempo e espaço. A compreensão do corpo, para Foucault (1988, 2003), prioriza a dimensão histórica e a relação entre esta e os poderes disciplinares e normatizadores. É também a partir

deste século que o corpo é intensamente examinado e exposto às intervenções. No contexto atual, o corpo sexuado tornou-se objeto de atenção, cuidado, além de controle, havendo a disseminação de discursos sobre o sexo e a sexualidade organizados em torno das dimensões moral/imoral e normal/anormal. Estas dimensões configuram o olhar sobre a pessoa intersexo, orientando as práticas de saúde relevantes a este contexto específico.

As narrativas médicas ocidentais sobre as corporeidades intersexo estão fundamentadas na perspectiva de anormalidade e disfunção utilizando nas suas práticas nomenclaturas como: “transtorno do desenvolvimento sexual” ou “distúrbio da diferenciação sexual”.

O corpo intersexo não só é alvo dos discursos e práticas normatizadoras, mas na sua concretude expressa a ambivalência e a tênue fronteira entre os gêneros; pode ainda revelar uma sexualidade metamórfica, que oscila quanto aos padrões socialmente esperados. Grande parte das práticas médicas destinadas à criança intersexo está fundamentada na ideia de que um corpo materialmente ambíguo possibilitaria uma identidade ambivalente, considerada por alguns campos disciplinares como maléfica à pessoa, e, portanto, a ambiguidade genital torna-se desaconselhável.

As práticas biomédicas de atenção à saúde da criança intersexo sustentam-se na necessidade de proporcionar um **ideal de coerência** entre corpo e identidade. Entretanto, estas práticas são envoltas em crenças e significados partilhados sobre este outro. Existem, portanto, dois movimentos em torno da ambiguidade: um de caráter semiótico ou de caráter corpóreo.

Em relação ao primeiro, considera-se que o processo de construção de significados sobre o outro não é neutro, envolve interpretação e, desta forma, distingue-se o elemento percebido associando-lhe valores. Distingue-se o outro diferente através de constantes valorizações negativas, considerando-o inferior aos demais. De acordo com Valsiner (2007, p. 132, tradução nossa) “[...] as adições de valor conduzem à evocação de possibilidades de ação: alguém pode se abster de uma ação a partir de uma estratégia de circunvenção (‘e daí se somos piores – ou melhores – do que eles?’ – Josephs e Valsiner, 1998) ou erradicar a diferença em outra direção (‘nós nos tornamos como eles, ou eles como nós’)”. Neste último exemplo temos um processo de assimilação que nega a singularidade do outro.

É possível destacar que o discurso social em torno da categoria “ambiguidade sexual” agrega valor negativo a este fenômeno e sugere uma estratégia de ação em direção a reduzir ou erradicar a diferença, tornando estas pessoas “aparentemente normais”. Esta estratégia, descrita por Valsiner (2007) como intolerância assimilativa, pretende adequar o outro, transformar o que era desfavorável em favorável, segundo a visão do outro e não do próprio indivíduo. A uma distinção que é, no

primeiro momento, perceptual, ou seja, percebida visualmente, adiciona-se valor. Ao corpo percebido como diferente, configura-se a contradição Eu-normal X Outro-anormal. A estratégia da intolerância assimilativa buscaria reduzir a contradição, aproximando tanto o comportamento quanto o corpo da pessoa intersexo ao das pessoas consideradas “normais”. É uma pseudoaceitação.

Neste primeiro relato, os genitais são significados como inadequados ao sexo e o papel dos profissionais de saúde giraria em torno de adequá-los.

*[...] mas o nosso papel aqui é em relação ao desenvolvimento da sexualidade, de formar uma genitália adequada, e que a genitália tenha um crescimento adequado para, quando chegar na puberdade, na idade adulta, ele ter funcionamento adequado, entendeu?. (Dra. Mariana)*

Neste outro trecho, há uma orientação sobre comportamentos relativos ao órgão sexual para permitir que este corpo se assemelhe aos padrões de gênero.

*Aí, quando chegar perto da puberdade, a gente volta a dar aquelas injeções para aumentar o pênis. Tá?. (Dra. Diana)*

Em relação ao segundo movimento, descrito como corpóreo, temos a disseminação das cirurgias ditas “reparadoras” ou “corretoras”. Estas tanto visam ao estabelecimento de uma identidade de gênero coerente ao corpo quanto funcionariam como uma tentativa de aproximá-lo ao padrão normativo de masculino ou feminino.

As cirurgias nos órgãos sexuais buscariam evitar a temida ambivalência e possibilitar a configuração de uma identidade coesa, sem conflitos relativos à identidade de gênero ou sexualidade.

*[...] porque, tipo assim, ele fez a cirurgia, a gente deixou a genitália dele masculina e tudo mais, e aí ele se firmou como homem... sempre que a gente atende, a gente diz desde o início que vai precisar fazer cirurgia e que vai chegar à idade propícia, e que geralmente não é pequenininho. (Dra. Diana)*

Esta é uma reflexão complexa, pois, ao passo que persistem intervenções para adequar o outro à expectativa social, por vezes a própria pessoa (adolescente ou adulto) participa deste emaranhado de significados sobre seu corpo, rejeitando-o e idealizando estas intervenções cirúrgicas como um meio de aproximá-lo dos padrões esperados socialmente para determinado gênero.

A experiência do corpo está estritamente conectada ao ideal social de corpo e identidade. Neste sentido, a ambiguidade genital é aceita apenas em um momento transitório, ou seja, quando ainda não se definiu a melhor conduta relativa à criança.

*Porque como a cirurgia dele era uma cirurgia de adequação da genitália pra sexo masculino, e ele era uma pessoa do sexo feminino [cromossomos XX], a gente foi postergando pra ver, enquanto a avaliação psicológica ia sendo feita, a avaliação social dessa família, pra ver se ela tinha condição de criar ele como menino mesmo, antes de a gente fazer a cirurgia.*  
(Dra. Marina)

A existência de um órgão sexual diferente do padrão social de masculino ou feminino promove importantes rupturas na experiência cotidiana. Os recursos simbólicos presentes no ambiente ou no mundo interno dos envolvidos podem ser utilizados, através do processo de transição, para dar conta desta nova visão de corpo e sujeito. Transições são definidas por Zittoun e demais autores (2003) como processos que envolvem a construção de significados após uma ruptura naquilo que é dado como óbvio e socialmente esperado (*taken for granted*) ou após a emergência de algo inesperado. Diante da descontinuidade, quebra ou ruptura na experiência cotidiana (VALSINER, 1998; ZITTOUN et al., 2003), as pessoas têm recorrido às estratégias simbólicas disponíveis no ambiente e no âmbito da sua cultura pessoal para se tornarem capazes de ajustar a situação ou resolver problemas. No caso da intersexualidade, tanto os profissionais médicos como a família constroem novos sentidos sobre os genitais que fogem ao padrão masculino ou feminino, definindo-os como “genitália ambígua”.

Apesar das cirurgias em bebês intersexo serem defendidas pelos profissionais médicos como uma prática em benefício da criança, não há comprovação científica suficiente para respaldar que intervenções desta natureza, realizadas na infância, tenham menos consequências para o sujeito do que as cirurgias nos genitais. Este é um tema polêmico, que encontra defensores da cirurgia precoce entre os médicos (BLETHEN; WELDON, 1985; MONEY; EHRHARDT, 1972) e defensores da eliminação da cirurgia – ou pelo menos da cirurgia postergada até a idade adulta – entre os ativistas intersexo. (CABRAL; BENZUR, 2005; HOLMES, 1998)

De acordo com Hird (2000), tanto a intersexualidade quanto a transexualidade desafiam o moderno binarismo sexo/gênero. A intersexualidade confronta o modelo binário das diferenças sexuais e o processo de designação sexual expressa a reinscrição do sexo em corpos “fora das regras”. Nos dois casos, o corpo é vivenciado socialmente como “problema”, devido à presença de aspectos corporais dos dois sexos, no caso das pessoas intersexuais, e a não conformidade entre a identidade de gênero e o corpo nos transexuais.

No plano das intervenções, as cirurgias ditas “reparadoras” não só buscam adequar o corpo ao sexo designado, mas também restringir as potencialidades da sexualidade, garantindo que as pessoas intersexuais exerçam, no ato sexual, um papel: masculino (ao penetrar) e feminino (ao ser penetrada). Esta visão busca assegurar uma prática heterossexual em oposição às possibilidades homossexuais e

bissexuais. O corpo intersexo é atravessado por uma potencialidade bissexual que amedronta os médicos e a família; a cirurgia dos órgãos sexuais é defendida por alguns médicos como prevenção da potencial homossexualidade ou bissexualidade.

#### ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O discurso médico hegemônico sobre a pessoa intersexo a compreende como “portadora” de uma malformação congênita, uma anormalidade, um erro, priorizando-se, assim, a dimensão orgânica, que pode ser “consertada”, em oposição à antiga concepção de hermafroditismo, que se aproxima de uma dimensão moral relativa à sexualidade.

O corpo intersexo não só é alvo dos discursos e práticas normatizadoras, mas, em sua concretude, expressa a ambivalência e a tênue fronteira entre os gêneros; há um temor em que o corpo materialmente ambíguo possibilite uma identidade ambivalente. Neste sentido, ocorrem dois movimentos principais: a desvalorização semiótica da ambiguidade através da intolerância assimilativa e a intervenção corporal através das cirurgias “reparadoras” nos órgãos sexuais.

Três metáforas principais foram utilizadas pelos profissionais de saúde na tentativa de integrar a visão de intersexo às novas concepções de sexo e gênero, ultrapassando, assim, a determinação exclusiva dos cromossomos sexuais. A metáfora da chave-fechadura foi utilizada para expressar a relação entre os hormônios (chave) e os receptores (fechadura), ressaltando que, no caso das crianças intersexo, há um erro na fechadura (receptores). A metáfora dos seis dedos foi utilizada para “explicar” à pessoa intersexo que, semelhante a uma pessoa que nasceu com um dedo a mais, ela (a paciente) não tem útero. Percebe-se, aqui, um discurso que mescla a visão do intersexo como uma patologia, algo que foge à regra, que não veio certo, com a visão da diferença, que se apresenta na exterioridade do corpo, como no exemplo dado.

A metáfora do zíper compara o órgão sexual ao zíper, que ficaria fechado em crianças normais do sexo masculino e aberto em crianças normais do sexo feminino. Nas crianças intersexo, considera-se que o zíper fica no meio do caminho. Esta metáfora expressa a crença da incompletude, em que o órgão sexual em intersexuais não é nem completamente masculino, nem completamente feminino, é um “entre”.

A visão de gênero e sexo tradicional também é questionada, surgindo uma concepção mista multifatorial, mais pautada na linearidade e binarismos de gênero. Há uma descentralização da ideia dos cromossomos como único definidor do sexo. Incluem-se outros elementos, como: gônadas, hormônio, receptores de hormônio, órgãos sexuais, “sexo de criação” e identidade de gênero. Descreve-se uma escada,

em que cada um destes elementos funciona como degraus para a determinação do sexo. O diagnóstico etiológico é tomado como diferenciador da concepção de sexo e interfere na escolha de diferentes critérios marcadores para defini-lo.

A identidade de gênero é considerada por estes profissionais como um produto das crenças, desejos e expectativas familiares, mais do que uma dimensão singular do sujeito, que neste caso seria a criança. Compreendem a identidade como um processo maleável, que se configura na interdependência entre o contexto familiar e o corpo. Vislumbra-se uma mudança no que se refere à visão dos profissionais de saúde sobre a pessoa intersexo. Este processo de transformação também se expressa nas visões mais maleáveis de sexo e gênero. Neste caso, a percepção do sexo e gênero é reinterpretada no encontro com cada pessoa intersexo. Nesta direção, quando estes profissionais de saúde flexibilizam a visão sobre o sexo e gênero, suas práticas passam a situar o sujeito e sua história como parte primordial nas decisões médicas.

A compreensão tradicional centrada exclusivamente na dimensão orgânica da doença é substituída pela concepção mais ampla que inclui as dimensões sociais, pessoais e sexuais destes sujeitos. No entanto, grande parte da conduta médica ainda está pautada em uma visão heterocisnormativa, pretendendo eliminar qualquer vestígio de uma corporeidade intersexo.

A experiência destes profissionais e o diálogo com outras disciplinas das ciências humanas e sociais possibilitam a reformulação de antigas crenças sobre corpo e identidade. Todavia, a formação acadêmica em medicina parece não fornecer o conhecimento e a vivência necessária para esta mudança paradigmática. A perspectiva da integralidade parece ser uma dimensão relevante no cuidado às crianças intersexo, pensando o sujeito na sua condição de ser e nos seus atravessamentos de classe, raça, etnia, gênero, geração, entre outros. Outra direção relevante é permitir que ações de cuidado à saúde da criança intersexo não estejam pautados na binaridade dos sexos. A diversidade dos corpos e experiências precisam ser princípios norteadores da atenção em saúde nesta população. Ao englobar a dimensão da promoção da saúde permite-se um olhar na direção da despatologização destes sujeitos, destacando o direito à identidade e a dimensão da dignidade humana como potencializadora de um sujeito integral. Considerar a diversidade como uma característica que não se restringe ao gênero, mas que se refere também ao sexo, permite compreender a corporeidade intersexo como uma existência possível. Esta ideia tem seu nascedouro na visão do sexo como um vasto e maleável *continuum* que desafia a fronteira de qualquer uma das cinco categorias (homens, mulheres, herm, ferm e merm). (FAUSTO-STERLING, 1993, 2000)<sup>12</sup> Ainda que não

12 Estas cinco categorias de sexo se aproximam da linguagem médica e incluem, além de homem e mulher, os herms ("hermafroditas verdadeiros"), os fermes (pseudo-hermafroditas femininos) e os merms (pseudo-hermafroditas masculinos).

compreendamos o sexo segundo estas cinco categorias, a visão de Fausto-Sterling pode ser articulada às práticas em saúde que legitimem a existência e permanência de corporeidades intersexo.

Consideramos também, a partir deste estudo, que as práticas e cuidado à saúde da pessoa intersexo demandam reflexões críticas sobre os atravessamentos raciais, classistas, coloniais, endo-cis-hetero-normativos que incidem sobre essa realidade.

## REFERÊNCIAS

- BLETHEN, S. L.; WELDON, V. V. Disorders of External Genital Differentiation. In: KELLY, V. C. (ed.). *Practice of Pediatrics*. Philadelphia: Harper & Row, 1985. p. 1-23.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Triagem neonatal: hiperplasia adrenal congênita*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
- CABRAL, M.; BENZUR, G. Cuando digo intersex. Um diálogo Introductorio a la Intersexualidad. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 24, p. 283-304, jan./jun. 2005.
- CANGUÇÚ-CAMPINHO, A. K. *Aspectos da construção da maternidade em mulheres com filhos intersexuais*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.
- CANGUÇÚ-CAMPINHO, A. K. *et al.* Corporeidade intersex e silêncios familiares: proteção ou discriminação?. In: DIAS, M. B.; BARRETTO, F. C. L. *Intersexo: aspectos jurídicos, internacionais, trabalhistas, registrais, médicos, psicológicos, sociais, culturais*. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2018.
- DINIZ, D. *O que é deficiência?* São Paulo: Brasiliense, 2007.
- DONATI, P. *Família no século XXI: abordagem relacional*. São Paulo: Paulinas, 2008.
- EMERSON, R. M.; FRETZ, R. I.; SHAW, L. L. Processing Fieldnotes: coding and memoring. In: EMERSON, R. M.; FRETZ, R. I.; SHAW, L. L. *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago: The University of Chicago Press, 1983. p. 171-197.
- FAUSTO-STERLING, A. The five sexes: Why male and female are not enough. *The Sciences*, Paris, p. 20-24, mar./apr. 1993.
- FAUSTO-STERLING, A. *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York: Basic Books, 2000.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- FREEMAN, M. D. A. *The moral status of children: Essays on the rights of the children*. [S. l.]: Martinus Nijhoff Publishers, 1997.

- HERMANS, H. J. M. The Dialogical Self: between Exchange and power. In: HERMANS, H. J. M.; DIMAGGIO, G. *The dialogical self in psychotherapy*. New York: Brunner & Routledge, 2004. p. 13-28.
- HIRD, M. J. Gender's nature: Intersexuality, transsexualism and the 'sex'/'gender' binary. *Feminist Theory*, London, v.1, n. 3, p. 347-364, 2000.
- HOLMES, H. Is growing up in silence better than growing up different?. *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, Decatur, v. 2, n. 5, winter, 1998.
- INTERSEX SOCIETY OF NORTH AMERICA. *What is intersex?*. [20--]. Disponível em: [http://www.isna.org/faq/what\\_is\\_intersex](http://www.isna.org/faq/what_is_intersex). Acesso em: 4 maio 2011.
- JOSEPHS, I. E.; VALSINER, J. How does autodiologue work? Miracles of meaning maintenance and circumvention strategies. *Social Psychology Quarterly*, New York, v. 61, n. 1, p. 68-83, 1998.
- LEE, P. A. *et al.* Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. *Pediatrics*, Stamford, v. 118, n. 2, p. e488-500, Aug. 2006.
- LEE, P. A. *et al.* Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. *Hormone Research in Paediatrics*, Basel, v. 85, n. 3, p. 158-180, 2016.
- LIEBLICH, A.; TUVAL-MASHIACH, R.; ZILBER, T. *Narrative Research: reading, analyzing and interpretation*. London: Sage Publications, 1998.
- MACHADO, P. S. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. *Cadernos Pagu*, Campinas, v. 24, p. 249-281, jan./jun. 2005.
- MARTINS, B. S. *et al.* A emancipação dos estudos da deficiência. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n. 98, p. 45-64, 2012.
- MARZANO-PARISOLI, M. M. *Pensar o corpo*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- MELLO, R. P. *et al.* Avaliação do desempenho sexual após cirurgias corretivas de genitália ambígua. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, Salvador, v. 9, n. 1, p. 35-39, 2010.
- MONEY, J.; EHRHARDT, A. A. *Man & woman, boy & girl*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1972.
- NUSSBAUM, M. C. Beyond the social contract: capabilities and global justice. *Oxford Development Studies*, Oxford, v. 32, n. 1, p. 3-18, mar. 2004.
- NUSSBAUM, M. C. Capabilities and human rights. *Fordham Law Review*, New York, v. 66, n. 2, p. 273-300, 1997.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Nota Informativa: Intersex*. [201-]. Disponível em: <https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2017/05/Intersex-PT.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2018.
- QUEIROZ, I. R. G. *Percepção de pais e profissionais de saúde sobre filhos/pacientes com hiperplasia adrenal congênita e desordem do desenvolvimento sexual*. 2018. Dissertação (Mestrado em Medicina e Saúde Humana) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2018.

RODRIGUES, C. A costela de Adão: diferenças sexuais a partir de Lévinas. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 371-387, maio/ago. 2011.

SATO, L.; SOUZA, M. P. R. de. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 29-47, 2001.

SAUNDERS, M.; LEWIS, P.; THORNHILL, A. *Research Methods for Business Students*, 5. ed. London: Pearson Education, 2009.

SFEZ, L. *A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia*. São Paulo: Loyola, 1996.

TRACY, S. J. *Qualitative Research Methodology: Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. Malden: Wiley Blackwell, 2013.

VALSINER, J. *Culture in Minds and Societies: Foundations of Cultural Psychology*. New Delhi: Sage Publications, 2007.

VALSINER, J. *Fundamentos da psicologia cultural: mundos da mente, mundos da vida*. Tradução de Ana Cecília de Sousa Bastos. Porta Alegre: Artmed, 2012.

VALSINER, J. *The guided mind: A sociogenetic approach to personality*. Cambridge: Harvard University Press, 1998.

ZITTOUN, T. Symbolic Competencies for Developmental Transitions: The Case of the Choice of First Names. *Culture & Psychology*, London, v. 10, n. 2, p. 131-161, 2004.

ZITTOUN, T. *et al.* The Use of Symbolic Resources in Developmental Transitions. *Culture & Psychology*, London, v. 9, n. 4, p. 415-448, 2003.

# 21

## A PROTEÇÃO JURÍDICA AO LUTO MATERNO

Larissa Oliveira Navarro

A gravidez é um processo de constantes modificações físicas, psicológicas e sociais na vida da mulher. É representada como um fenômeno complexo e singular, demonstrando que os cuidados para com a gestante devem ultrapassar a dimensão biológica e compreender o contexto biopsicossocial que envolve o fenômeno da gestação.

O artigo 10, II, “b”, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias veda a dispensa arbitrária ou sem justa causa da empregada gestante, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto, sendo esta vedação denominada de “estabilidade provisória”. (BRASIL, 1988) Entretanto, nem sempre o nascimento da criança se dá com vida, de modo que resta o questionamento quanto a se essa gestante, ainda assim, teria direito à estabilidade provisória e licença maternidade, especialmente diante da aplicação do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e do princípio trabalhista da proteção ao empregado.

Diante desta problemática, discute-se, no presente capítulo, se existem leis no sistema constitucional brasileiro destinadas à proteção ao luto materno, com preceitos legais que o reconheçam, e que protejam a empregada, nos casos em que o parto teve, como resultado, morte do filho. É necessário perguntar também se essas normas existem, como funcionam e se garantem proteção integral a essa mulher. O que está em questão é a garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários, nos casos das empregadas cuja gravidez resultou em óbito fetal ou perinatal, o que supõe a pergunta: a norma jurídica específica reconhece a complexidade do processo de luto materno?

Uma das indagações centrais sustentando esse impasse é se o desenvolvimento do processo de maternidade não teria início a partir do momento que a futura mãe recebe o diagnóstico positivo quanto à gravidez. Nesse ponto, em muitos casos já existe a ligação afetiva da mulher com o embrião, que passa a ser considerado como sendo “um filho a caminho”.

Se tal problemática tiver uma afirmativa como resposta, torna-se não só fundamental, mas imprescindível, a garantia ampla de direitos protetivos à maternidade, seja a estabilidade provisória, seja a licença maternidade, principalmente para essas mães que passaram meses carregando o conceito no ventre, mudando sua própria vida em sentido amplo, planejando-se para a chegada desse novo ser, mas que no momento do parto é surpreendida por uma morte prematura ao invés de celebrar a vida. Esse acontecimento normalmente produz sofrimento para a mãe e para a família, sendo acompanhado por um complexo de reações: sensação de incredulidade, busca de culpados, medo, raiva e impotência.

Assim, em conformidade com o que foi abordado, essa pesquisa assume como pressuposto de base que, apesar da ausência do nascimento com vida, é preciso que a proteção física e psíquica da mulher seja resguardada, principalmente para possibilitar a sua recuperação e volta ao trabalho sem que tenha que se preocupar com a possibilidade de ser demitida enquanto se recupera, sendo imprescindível a concessão da estabilidade provisória e a licença maternidade para que a mulher e sua família atravessem essa circunstância difícil prevenindo os efeitos de um luto patologizante.

## CAMINHOS PELO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO

Antes de tratar do direito à estabilidade provisória, primeiramente se faz necessário apresentar alguns institutos basilares do próprio Direito que trazem alicerce para assegurar a proteção de direitos fundamentais da mulher primípara que perde seu filho precocemente. Trataremos brevemente da dignidade da pessoa humana, da igualdade e respeito às diferenças, o que justifica a necessidade específica à proteção da mulher e, por fim, do Estado Democrático de Direito como promotor da cidadania.

### *Os direitos fundamentais*

Após significativos períodos de regime de ditadura, a Constituição Federal de 1988 surge “como esperança para o povo brasileiro, suscitando no país um sentimento constitucional jamais visto antes”. (CUNHA JÚNIOR, 2008, p. 484) Trata-se da

chamada “Constituição cidadã”, assim intitulada por aquele que presidia a sessão da Assembleia Nacional Constituinte, Ulysses Guimarães.

Nesse sentido, os integrantes dessa Assembleia esclareceram no preâmbulo da Magna Carta que se reuniram enquanto representantes do povo brasileiro e, assim, instituiu-se o Estado Democrático de Direito. Pode-se, portanto, afirmar que a Constituição Federal de 1988 declara ser a República Federativa do Brasil um Estado Democrático de Direitos.

Segundo Bastos e Martins (1997), por Estado de Direito entendia-se que os governos deveriam se submeter às leis, mas não só a isso: o Estado passaria a ter suas tarefas limitadas no sentido de buscar basicamente a manutenção da ordem, a proteção da liberdade e da propriedade individual. Assim, tinha-se a ideia da existência de um Estado mínimo que não intervinha nas relações entre os indivíduos, salvo para dar cumprimento às suas funções básicas. Com as críticas a um sistema que privilegiava a autonomia dos contratos, surge a necessidade de democratização do Estado, de modo que, além da submissão à lei, deveria haver uma submissão à vontade do povo e aos fins propostos pelos cidadãos. (BASTOS; MARTINS, 1997)

Daí o aparecimento do Estado Democrático. Mas Silva (2007) adverte que o Estado Democrático de Direitos não significa apenas a união formal dos conceitos de Estado de Direito e Estado Democrático. Note-se que o Estado Democrático tem por fundamento a soberania popular, uma vez que a base do conceito de democracia está intimamente ligada à noção de governo para o povo, pelo povo e do povo. Já no Estado de Direito, o seu assento basilar é a lei. (CUNHA JÚNIOR, 2008)

No Estado Democrático de Direito, a lei deixa de ser vista como mero enunciado do legislador para ser caracterizada como sendo um “ato de concretização dos valores humanos, morais, éticos, fundamentais consagrados na Constituição, numa perspectiva democrática imposta pela soberania popular”. (CUNHA JÚNIOR, 2008, p. 495) Neste sentido, Bastos e Martins (1997, p. 157) complementam o conceito ao asseverar que “no entendimento de Estado Democrático devem ser levados em conta o perseguir certos fins, guiando-se por certos valores [...]”.

Assim sendo, diz-se que o Estado Democrático de Direito abre as perspectivas de realização social profunda pela prática dos direitos sociais, pelo exercício dos instrumentos que oferece à cidadania, possibilitando concretizar as exigências de um Estado de justiça social, fundado na dignidade da pessoa humana.

Entre os princípios defendidos pelo Estado Democrático de Direito, tem-se o sistema de direitos fundamentais que compreende os direitos individuais, coletivos, sociais e culturais. A doutrina não conceitua os direitos fundamentais num formato fechado, haja vista que a realidade e as necessidades do homem estão em constante transformação, o que demanda a sua ampliação para com elas se conformarem.

Note-se que os direitos fundamentais surgem como meios de defesa do povo, posto que limitam o poder dos governantes, de modo que, no dizer de Canotilho (1991 apud MORAES, 1998, p. 51) cumprem:

[...] a função do direito de defesa do cidadão sob dupla perspectiva (1) constituem, num plano jurídico objetivo, normas de competência negativa para os poderes públicos, proibindo fundamentalmente as ingerências destes na esfera jurídica individual; (2) implicam, num plano jurídico subjectivo, o poder de exercer positivamente direitos fundamentais (liberdade positiva) e de exigir omissões dos poderes públicos, de forma a evitar agressões lesivas por partes dos mesmos (liberdade negativa).

Para Moraes (1998), o estabelecimento das constituições escritas nos estados mantém íntima relação com o surgimento e a edição das declarações de direitos do homem, em vista de sua finalidade em estabelecer limites ao poder político.

Mas é preciso diferenciar os direitos fundamentais dos direitos humanos. Esses estão consagrados em documentos no âmbito internacional, por meio de tratados internacionais, acordos multilaterais, dentre outros. Já os direitos fundamentais estão positivados no Texto Maior de cada país, e representam aquilo que cada estado considera como direito fundamental do seu povo, de modo que informam a ideologia política de cada ordenamento jurídico.

Admite-se, contudo, que existe certa simbiose entre os direitos fundamentais e os direitos humanos, na medida em que muitos direitos fundamentais nascem nas constituições nacionais e migram para os pactos e declarações internacionais, e vice-versa.

Os direitos fundamentais são direitos sem os quais o ser humano não vive adequada e dignamente e que devem ser garantidos a todos, devendo, ainda, não ser apenas formalmente reconhecidos, mas também concretizados e efetivados.

Para Araújo e Nunes Júnior (2006, p. 112), “existe um valor genérico que permeia a noção de direitos fundamentais, qual seja a proteção da dignidade humana em todas as suas dimensões”.

Para Mendes (1999), os direitos fundamentais seriam ao mesmo tempo direitos subjetivos e elementos fundamentais na ordem constitucional objetiva. Enquanto direitos subjetivos, os direitos fundamentais possibilitam que os titulares imponham seus direitos ao poder público. Já na condição de elemento fundamental da ordem constitucional objetiva, formam a base do ordenamento jurídico do Estado Democrático de Direito.

Alexy (2008) considera que os direitos fundamentais estão, em verdade, sempre relacionados a um bem jurídico fundamental, que para ele são apenas a liberdade, igualdade e dignidade. Afirma ainda que este bem jurídico deve ser passível de tutela pelo Estado.

Com efeito, inicialmente surgiram os direitos fundamentais de 1ª geração, que compreendem as liberdades (religiosa, de expressão, etc.) da população face ao poder estatal; os direitos civis, a igualdade formal, a propriedade, a resistência, etc.; e os direitos políticos, que alguns doutrinadores entendem tratar-se de direitos de 2ª dimensão, e que somente se consolidaram no século XX, através do sufrágio universal.

Segundo Araújo e Nunes Júnior (2006), são direitos que surgiram da ideia do Estado Democrático de Direito, submetido a uma Constituição, e trata-se de direitos que representam uma ideia de afastamento do Estado das relações individuais e sociais.

Os direitos fundamentais de 1ª dimensão exigem uma postura absentéista do Estado, uma conduta omissiva, de um Estado não interventor, pois são direitos negativos, também chamados de direitos de defesa do cidadão face ao poder público.

Os direitos fundamentais de 2ª dimensão, inspirados e impulsionados pela Revolução Industrial europeia, que surgem a partir do Estado social, são os direitos sociais, que abrangem os direitos à educação, assistência médica, previdência, moradia, etc.

Estes direitos fundamentais traduzem uma ideia de preocupação com as necessidades do ser humano; o objetivo destes direitos seria dotar o ser humano das condições materiais minimamente necessárias a uma vida digna. (ARAÚJO; NUNES JÚNIOR, 2006) Estes direitos exigem uma postura mais ativa do Estado, que tem que atuar para concretizar estes direitos chamados de “positivos” ou de “prestações”.

São considerados como direitos fundamentais de 3ª dimensão os direitos coletivos e difusos, que são aqueles que transcendem a figura do indivíduo, já que se referem a bens jurídicos indivisíveis, com o meio ambiente, o patrimônio histórico cultural etc.

Segundo a concepção de Araújo e Nunes Júnior (2006), a essência destes direitos se encontra na solidariedade e fraternidade, na razão de existir do ser humano e ao destino da humanidade.

Importante salientar que esta evolução dos direitos fundamentais não se deu de maneira estanque e sucessiva, de maneira que podem existir direitos que surgiram em outra época, porém que se adaptaram a determinada dimensão. Note-se que os direitos fundamentais têm um conceito dotado de historicidade, “já que cada passo na etapa da evolução da humanidade importa na conquista de novos direitos” (SILVA, 2007, p. 179), devendo estar em consonância com o momento político e econômico da sociedade, motivo pelo qual o que uma sociedade considera como direito fundamental hoje pode não mais ser amanhã, próprio de cada momento histórico.

Os direitos fundamentais se apresentam durante todo o curso evolutivo em expansão, que pode ser objetiva e subjetiva. Objetiva, pois importa no

reconhecimento de que, diante de novas situações de risco, devem surgir novas garantias e direitos para tutelar a pessoa humana. Já a expansão subjetiva se substancia pela necessidade de que surjam direitos, que existam direitos para proteger determinados grupos, categorias, que pelo aspecto subjetivo se encontram em uma situação de risco. Estes direitos, então, se expandem para proteger determinados grupos, classes, minorias ou não, que estejam em situação de risco.

A Constituição Federal de 1988 trouxe os direitos fundamentais no seu Título II. É preciso salientar que os direitos fundamentais são dotados de certas características específicas, a saber – universalidade: se destinam a todos os cidadãos do Estado, indiscriminadamente, de modo que é incompatível com a sua natureza a restrição a classes, grupos ou categoriais de pessoas; limitabilidade: os direitos fundamentais não são absolutos, isso significa que, às vezes, um direito fundamental não poderá ser aplicado em toda a sua extensão e alcance, devido à existência de outros direitos no caso concreto; irrenunciabilidade: não se pode renunciá-los, alguns deles podem ser até não exercidos, mas não se admite que sejam renunciados, já que se tratam de patamar mínimo de proteção para o ser humano; inalienabilidade: são direitos intransferíveis, inegociáveis, por não terem conteúdo econômico-social; imprescritibilidade: não são atingidos pelo manto da prescrição. Serão sempre exigíveis, já que não têm caráter de direito patrimonial.

Outrossim, a Constituição Federal de 1988 confere eficácia vinculante e imediata aos direitos fundamentais, de modo que o poder jurisdicional deve convergir para concretizar estes direitos.

Todavia, existem exemplos de direitos fundamentais em que não se dá para ignorar a imprescindibilidade de lei que venha a discipliná-los, como o aviso prévio proporcional, a greve dos servidores públicos etc. Assim, devemos entender o dispositivo contido no § 1º do art. 5º da Constituição Federal, numa conexão com o princípio da máxima efetividade.

Deve-se extrair não apenas alguma, mas a máxima eficácia de todo direito fundamental. Não obstante, os meios para garantia e tutela do exercício dos direitos fundamentais devem, sim, ser interpretados de acordo com a característica da aplicabilidade imediata destes direitos, no sentido de que estas vias devem viabilizar uma medida que resguarde o exercício do direito constitucional do lesado, cujo exercício está impossibilitado pela ausência de norma regulamentadora.

Os direitos fundamentais são de tamanha importância que a Constituição Federal gravou com cláusula de imutabilidade tais direitos, permitindo que eventual emenda no intuito de modificá-los tenha sua inconstitucionalidade declarada pelo poder judiciário.

Assim, os direitos fundamentais apresentam um forte caráter axiológico, e são responsáveis por consagrar o ideal de justiça que pertence a determinada

comunidade, além de fundamentar o exercício do poder e o ordenamento jurídico vigente.

### *O princípio da dignidade da pessoa humana*

Analisando-se o curso da história humana, é possível verificar a evolução do pensamento reflexivo do homem acerca da sua própria condição existencial. O princípio da dignidade da pessoa humana surgiu como consequência direta dessa reflexão histórica que culminou na atestada necessidade de elevação do ser humano ao patamar mais elevado das considerações, com a finalidade primordial de impedir a sua degradação e redução a um mero objeto de manipulação.

A dignidade da pessoa humana – entendida como o atributo imanente ao ser humano para exercício da liberdade e de direitos como garantia de uma existência plena e saudável – foi consagrada como valor jurídico universal, em especial após a Declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1948,<sup>1</sup> passando a ser encarada como um objetivo e uma necessidade comum à humanidade, vinculando governos, instituições e indivíduos a partir de então.

Segundo Kant (2007, p. 68), o que caracteriza o ser humano, e o faz dotado de uma dignidade especial, é que ele é um fim em si mesmo, de modo a nunca poder ser meio para os outros. Nas palavras do citado autor, “o homem e, duma maneira geral, todo o ser racional, existe como fim em si mesmo, não só como meio para o uso arbitrário desta ou daquela vontade”.

Assim sendo, segundo a filosofia kantiana, a pessoa humana seria dotada de um valor intrínseco, um valor próprio da sua essência, impossível de ser apreçado ou substituído por coisa equivalente, já que o ser humano não seria meio passível de utilização e manipulação.

O conteúdo do princípio é extenso e valioso, tratando-se de um atributo inerente a todo ser humano, que serve de fundamento para o exercício da sua liberdade e para a perfeita realização de seu direito à existência plena e saudável. Compreende, dessa forma, a proteção e a promoção das condições fundamentais para uma vida adequada, o respeito à igualdade entre os indivíduos, a garantia da independência e da autonomia do ser humano, a coibição de qualquer obstáculo que o avilte ou que impeça o desenvolvimento do potencial de sua personalidade, bem como abrange a garantia e efetivação de seus direitos essenciais inalienáveis.

Para Novais (1987), a dignidade da pessoa humana engloba direitos inatos e anteriores ao Estado, e impostos como limites à atividade estatal, que deve, pois,

---

<sup>1</sup> Na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu preâmbulo, encontramos que: “Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo”.

se abster, o quanto possível, de se intrometer na vida social. São direitos contra o Estado, “como esferas de autonomia a preservar da intervenção do Estado”. (NOVAIS, 1987, p. 73) Quando o texto constitucional menciona que a dignidade da pessoa humana é fundamento da República Federativa do Brasil,<sup>2</sup> há que se concluir que o Estado existe em função de todas as pessoas, e não o contrário. E de modo a reforçar essa noção, o legislador constituinte posicionou o capítulo dos direitos fundamentais antes daqueles relativos à organização do Estado.

Depreende-se, pois, a intenção do constituinte de que toda e qualquer ação do ente estatal deva ser avaliada – sob pena de ser taxada por inconstitucional e de violar a dignidade da pessoa humana –, considerando que cada pessoa é tomada como fim em si mesmo ou como instrumento, como meio para outros objetivos. Ela é, assim, paradigma avaliativo de cada ação do Poder Público e “um dos elementos imprescindíveis de atuação do Estado brasileiro”. (FARIAS, 1996, p. 51)

Destarte, é possível afirmar que a dignidade da pessoa humana, enquanto valor moral outrora constitucionalizado e internacionalizado como princípio universal, adquiriu então o caráter de norma jurídica superlativa e vinculante. Outrossim, em se tratando da máxima unidade de valor do sistema jurídico, diz-se que esse princípio serve como pilar de sustentação, paradigma, limite e desiderato de um ordenamento, de um Estado e de uma sociedade, conferindo-lhes legitimidade.

Segundo Carvalho (2011), a aplicação do princípio da dignidade humana no mundo do trabalho demanda a justificação dos direitos sociais de índole trabalhista a partir da premissa de que o homem não deve prestar o seu labor em condições que o façam somente vegetar, ou que o tornem um mero instrumento de prazer ou cobiça.

A dificuldade de encontrar o mínimo existencial que asseguraria uma vida digna e, no particular, um trabalho digno reclama, evidentemente, uma atuação discricionária dos que promovem o ou atuam no Direito, dos seus intérpretes, enfim. Ademais, a resignação ou a anuência do trabalhador que é aviltado em sua condição humana não interfere na qualificação da conduta patronal, tendo em vista que a dignidade se constitui bem fora do comércio e é irrenunciável.

Ademais, Kant (2007) salienta que o uso da energia de trabalho apenas como um meio, sem atentar para a condição humana de quem realiza o labor, revelaria a inobservância do postulado da dignidade.

Sobre o princípio da dignidade humana, em particular, ensina também Delgado (2012, p. 17) que é norma que lidera um verdadeiro grupo de princípios, como o da não discriminação, o da justiça social e o da equidade. Daí a sua particular importância.

2 “DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS – Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: [...] III – a dignidade da pessoa humana”. (BRASIL, 1988, grifo nosso)

## A PROTEÇÃO JURÍDICA AO LUTO MATERNO

Discute-se aqui o que foi identificado como forma de proteção legal a perdas de mães que geraram um filho e tiveram a morte como resultado. Assim, identificamos uma Instrução Normativa previdenciária, na qual ficam estabelecidos um rol de beneficiárias e os termos de concessão de benefícios, segundo a secessão 45 do Instituto Nacional do Seguro Social/Presidência (INSS/PRES), sobre a concessão do salário-maternidade:

Art. 293. O salário-maternidade será pago para a segurada empregada, trabalhadora avulsa, empregada doméstica, contribuinte individual, facultativa, especial e as em prazo de manutenção da qualidade de segurada, por ocasião do parto, inclusive o natimorto, aborto não criminoso, adoção ou guarda judicial para fins de adoção, observadas as situações e condições previstas na legislação no que concerne à proteção à maternidade. (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2010)

Como se vê, a mencionada norma não faz qualquer distinção quanto ao nascimento com ou sem vida, nem mesmo reduzindo a valor do benefício para a segunda hipótese. No entanto, o INSS estipula um marco temporal de duração da gestação, para que seja considerado como parto realizado, e não aborto espontâneo: 23 semanas ou o sexto mês de gestação.

Em caso de aborto espontâneo, com apresentação de laudo, será concedida à empregada a licença de apenas duas semanas consecutivas. Aparentemente, o que seria protetivo acaba sendo identificado como uma vitimização secundária, em que a dor dessa mãe é balizada como menor do que a de uma mãe que teve uma gestação a termo, mas com um bebê natimorto. Isso demonstra a invisibilidade social do luto dessa mãe, posta no início deste capítulo.

Em relação à estabilidade no emprego da empregada gestante, encontramos respaldo no art. 10, II, b, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), o qual disciplina que é vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa da empregada gestante, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto – além do art. 7º, I, da Constituição Federal, no qual é vedada dispensa sem justa causa nesses casos. No entanto, nada se fala sobre as empregadas com filhos natimortos, muito menos proteção específica ao luto materno. Não é assegurada rede de auxílio médico-psicológico a essa empregada, nem mesmo tempo específico para a recuperação.

## PROTEÇÃO LEGAL AO LUTO

Ainda que restrita à dimensão burocrática e objetiva da questão, já se encontram indícios do reconhecimento jurídico da complexidade e delicadeza que envolvem o processo de luto.

### *A licença nojo*

É inegável que a morte de um ente familiar causa profunda dor. Para que a pessoa possa se ajustar a esse processo de enlutamento, é necessário um tempo mínimo. Esse tempo mínimo, conhecido como licença nojo, é caracterizado pela permissão de afastamento temporária de um empregado de suas funções, por um certo período de tempo, sem nenhum prejuízo para sua remuneração completa durante os dias de afastamento.

O termo, licença nojo, tem origem portuguesa e significa “profunda mágoa”, “pesar”, “desgosto” ou “tristeza”. Ou seja, a expressão “estar de nojo” significa o mesmo que estar de luto. Tristemente, a legislação brasileira concede, unicamente, dois dias de licença para deixar de comparecer ao trabalho, sem prejuízo de dedução salarial. Dois únicos dias para sentir, entender e processar a dor da perda.

Este dito benefício é concedido apenas para pessoas específicas, sendo elas: pai, mãe, avós, filhos – incluindo ocasiões de natimortos –, netos, cônjuge, companheiro e irmãos. Aos demais parentes da pessoa falecida não é concedido o benefício. Verifiquemos:

Art. 473 – O empregado poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo do salário: I – até 2 (dois) dias consecutivos, em caso de falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua carteira de trabalho e previdência social, viva sob sua dependência econômica. (BRASIL, 1943)

Vejamos alguns julgados:

DECISÃO – 5694365 MANIFESTAÇÃO DO NucGP: Chamo o feito à ordem para retificar a Decisão 5520926, *deferindo a licença, em razão de falecimento do genitor*, requerida por LEANDRO BATISTA COUTINHO, matrícula Ba2000558, no período de 19/11/2017 a 26/11/2017 (08 dias), conforme requerimento 5518788, nos termos do art. 97, III, ‘b’, da Lei 8.112/1990. (BRASIL, 2018, p. 188, grifo nosso)

A legislação é específica e trata de dias consecutivos e não apenas dos dias úteis. Ou seja, caso o pai de um profissional sob regime da Consolidação das Leis

Trabalhistas (CLT) venha a falecer em uma sexta-feira, por exemplo, os dias para licença são o sábado e o domingo. O empregado deve retomar as atividades na segunda-feira. Findo o prazo, o empregado deve retornar ao trabalho, sob pena de sofrer prejuízos salariais nos dias em que vier a faltar. No Brasil, a licença para casar é maior do que a licença para a vivência do luto. Na primeira, são três dias; na segunda, dois.

Além disso, existe uma taxatividade dos entes para que tal licença seja concedida, sem considerar que, vivendo na contemporaneidade, estamos diante de diversos tipos de famílias, como a família mosaico, ou reconstituída, onde aparecem outras figuras de afeto, como padrasto, madrasta e enteados.

Ademais, a lei, ao taxar as categorias, estaria trazendo uma categorização do sentir, uma vez que, não são unicamente os laços consanguíneos que definem quem tem maior importância afetiva na vida das pessoas. Tantas vezes quem faz as vezes de mãe ou pai são pessoas sem nenhuma vertente de parentalidade; o que vale, na realidade, é o teor afetivo das relações, para definir se a perda será mais ou menos sentida.

Fica então o apelo e a dependência do bom senso e da compreensão dos empregadores no momento do informe quanto ao falecimento, o que implica uma fragilidade enorme, uma vez que cada caso, e cada empregador, terá uma forma de agir, trazendo ao empregado uma incerteza sobre seus direitos em caso de óbito na família, seja ela consanguínea ou não. A falta ainda é legalmente justificada em caso de falecimento de pessoa que, declarada em carteira de trabalho e previdência social, viva sob a dependência econômica do empregado. Reitera-se, assim, a preocupação meramente burocrática e objetiva do legislador.

#### ANÁLISE JURISPRUDENCIAL DE JULGADOS EM PROCESSOS ENVOLVENDO NATIMORTOS NOS TRIBUNAIS DO TRABALHO DA BAHIA E DO PARANÁ

Ao acessar o *site* com domínio <https://www.jusbrasil.com.br>, clicando no *link* “jurisprudência”, foram selecionados os Tribunais do Trabalho da Bahia, Tribunal Regional do Trabalho (TRT) 5ª Região, e do Paraná, TRT 9ª Região. Definiu-se como objeto de busca o termo “natimorto”.

Foram identificados 398 processos citados, sendo 268 processos no Tribunal de Justiça (TJ) do Paraná e 121 no TJ-Bahia. Destes, foram encontrados, em nível de recurso, dois processos no TRT 9ª Região (Paraná) e sete processos no TRT 5ª Região (Bahia). Utilizando a ferramenta “último ano” (JUSBRASIL, 2017a, 2017b), foram encontrados zero processos.

À guisa de explicação quanto ao funcionamento processual, faz-se necessário apontar sucintamente algumas informações. A reclamação trabalhista é distribuída

a uma Vara do Trabalho. O juiz, antes mesmo de analisar a demanda, propõe uma conciliação entre as partes. Assim determina a lei. Frustrada a negociação, será analisada a questão e prolatada a sentença. Da sentença proferida pelo juiz, cabe recurso para o Tribunal Regional do Trabalho, 2ª instância, que o julgará em uma de suas Turmas.

No Tribunal Regional do Trabalho, a decisão (sentença) passa a ser conhecida por acórdão. Do acórdão regional, cabe recurso para o Tribunal Superior do Trabalho. Trata-se de recurso técnico que depende de uma análise prévia, pela presidência do Tribunal Regional do Trabalho, para ser encaminhado ao Tribunal Superior do Trabalho. Há, ainda, entre esses recursos, outros conhecidos como “recursos internos”, tais como embargos declaratórios, embargos etc.

Esgotados todos os recursos, a última decisão transita em julgado, ou seja, torna-se definitiva e irrecorrível. Depois, os autos do processo retornam à Vara de origem, onde tem início uma nova fase: a execução. Nessa fase são elaborados os cálculos, para que se pague o que é devido à parte vencedora.

Ao tratarmos de TRTs, estamos nos referindo à prestação jurisdicional de primeiro e segundo graus, realizados pelos vinte e quatro Tribunais Regionais do Trabalho distribuídos pelo território nacional brasileiro.<sup>3</sup>

Em síntese, ao utilizar as informações contidas do próprio site supramencionado, temos que:

- A Justiça do Trabalho concilia e julga as ações judiciais entre trabalhadores e empregadores e outras controvérsias decorrentes da relação de trabalho, bem como as demandas que tenham origem no cumprimento de suas próprias sentenças, inclusive as coletivas.
- Os órgãos da Justiça do Trabalho são o Tribunal Superior do Trabalho (TST), os Tribunais Regionais do Trabalho (TRTs) e os juízes do Trabalho.
- Os juízes do Trabalho atuam nas Varas do Trabalho e formam a 1ª instância da Justiça do Trabalho.
- Os vinte e quatro (24) Tribunais Regionais do Trabalho são compostos por desembargadores e representam a 2ª instância da Justiça do Trabalho.

Ordenando por data, o processo mais recente do Tribunal da Bahia foi datado em 19 de novembro de 2012, tendo por número: RecOrd 11203020105050013 BA 0001120-30.2010.5.05.0013; e como teor:

3 Tal informação pode ser encontrada no próprio site do Tribunal Superior do Trabalho, disponível em: <http://www.tst.jus.br/justica-do-trabalho>.

MULTA DO ART. 477, § 8º DA CLT. PAGAMENTO RESCISÓRIO TEMPESTIVO. HOMOLOGAÇÃO APÓS O DECÊNDIO LEGAL. O pagamento tempestivo das verbas rescisórias, mesmo com a homologação tardia, não enseja a penalidade prevista no § 8º do art. 477 consolidado, uma vez que a dicção do § 6º faz referência ao prazo do ‘pagamento das parcelas constantes do instrumento de rescisão ou recibo de quitação’ e não à data da homologação. (BAHIA, 2014)

O que se verifica nesse processo é que, mesmo utilizando a palavra-chave “natimorto”, o processo em questão versa sobre requerimento de indenização substitutiva à estabilidade provisória, por estado gravídico. Ao longo do processo foi diagnosticado que a gravidez ocorreu após a ruptura do contrato, não fazendo jus a tal indenização. Encontramos a palavra “natimorto” na fundamentação do desembargador, ao abordar as questões de direito da mãe, assegurada pela previdência social, demonstrando como e quando deverão ser deferidos tais benefícios.

O último processo do TRT 9ª Região (Paraná) tem como data 12 de julho de 2011, tendo por número: PR 135-2010-654-9-0-7 (TRT-9); e o referido teor:

TRT-PR-12-07-2011 NATIMORTO. LICENÇA-MATERNIDADE. Não obstante a autora tenha dado à luz uma criança morta (conforme certidão de natimorto constante dos autos), houve o parto e este deve ser considerado o fato gerador para a licença-maternidade e estabilidade provisória da gestante. Não se aplica, no caso, o artigo 395 da CLT, uma vez que referido dispositivo legal refere-se a ‘aborto não criminoso’. Aplica-se o artigo 392, § 3º, da CLT, em consonância com o art. 7º, inciso XVIII, da Constituição Federal e disposições da Convenção n. 103 da OIT, referente à proteção da maternidade, ratificada pelo Brasil por meio do Decreto nº 58.820, de 14 de Julho de 1966. Ademais, não há na legislação específica qualquer restrição em relação ao benefício salário-maternidade ser devido apenas àquela mulher que deu à luz uma criança com vida. Faz jus a autora, portanto, à licença-maternidade e ao correspondente salário-maternidade pleiteado. Recurso ordinário da autora a que se dá parcial provimento. (PARANÁ, 2011)

Diversamente do tribunal baiano, o processo do TRT 9ª região trata exatamente do tema proposto, trazendo informações muito importantes para o referido tribunal; ter existido o parto é compreendido como o fato gerador que faz nascer o direito dos institutos previdenciários/trabalhistas à obreira.

Ele ainda exclui o artigo da CLT que concede apenas duas semanas de licença para a empregada que é acometida de aborto espontâneo não criminoso, o que nos sugere um outro ponto de vista: qual o conceito de mãe/maternidade ao qual o direito brasileiro se atém? Uma mãe que tenha seu filho natimorto com o parto a termo é diferente, e assim teria mais direitos, do que uma mãe que não chega às

semanas designadas pela CLT? Acreditamos que não. Desse modo, teria direito apenas a duas semanas de afastamento, para mera recuperação física, em razão de procedimento cirúrgico. Essa mãe, trabalhadora estaria psicologicamente amparada e preparada para o retorno ao ambiente de trabalho, em condições sadias?

O julgado ainda trata da Convenção n. 103 da Organização Internacional do Trabalho, sobre a qual vale destacar que, através dela, o Brasil firma o compromisso de garantir às gestantes o direito à licença-maternidade, sendo competência do poder público o pagamento oneroso dessas prestações. Sobre a última afirmação constante no julgado, que alude: “Ademais, não há na legislação específica qualquer restrição em relação ao benefício salário-maternidade ser devido apenas àque-la mulher que deu à luz uma criança com vida.” (PARANÁ, 2011), vale ressaltar que estamos diante de um princípio constitucional, o princípio da legalidade, onde “não há crime, nem pena, sem lei anterior que os defina”. Através da lei é possível criar deveres, direitos e impedimentos, estando os indivíduos dependentes da lei.

Assim, de modo geral, é permitido a todos realizarem qualquer tipo de atividade, desde que esta não seja proibida ou esteja descrita em lei. No caso em tela, não há preceito legal impeditivo descrito em lei em relação à aplicação dos direitos à maternidade havendo óbito fetal; dessa forma, não podemos falar em não aplicação dessas garantias.

Colocando como método de busca “lapso temporal recente”, foram encontrados apenas dois processos regidos no Tribunal do Paraná, o primeiro acima abordado, e o segundo, referente a 2009, nove anos atrás, tendo como teor:

TRT-PR-26-05-2009 ESTABILIDADE PROVISÓRIA. GESTANTE. NATIMORTO. A norma legal garante a estabilidade à gestante desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto, independentemente de ter a criança nascido com vida ou não. Na hipótese presente, mesmo tratando-se de natimorto, houve o parto e este é o fato gerador da estabilidade, correspondendo à mesma situação da mãe que acabou de gerar seu filho com vida. Adotamos a lição da i. jurista Alice Monteiro de Barros ao afirmar que ‘a licença tem como fato gerador não só o nascimento do filho, mas também a gestação, que, como é sabido, ocasiona à mulher transtornos físicos naturais e até psíquicos. Aliás, o próprio diploma internacional citado, isto é, a Convenção n. 103 da OIT (revista pela de n. 183) e ratificada pelo Brasil, em 1966, previu no art. 3º, 6, para a hipótese de doença decorrente do parto, uma prorrogação dessa licença, mas nunca substituição da licença-maternidade por doença, ainda que decorrente daquela’. (PARANÁ, 2009)

Do mesmo modo que a decisão anterior, foi concedida estabilidade provisória a essa mãe, que teve, com o parto, o resultado “morte do seu filho”. A relatora frisa que não é apenas o parto que valida os institutos da garantia de proteção

previdenciária e trabalhista para essa mãe enlutada, mas o que se passa na gravidez, e toda a sua repercussão na vida dessa mãe, é validade para a relatora.

Após a análise dos julgados, constata-se uma tendência, em sede de recurso, a proceder de forma positiva os requerimentos frente à estabilidade provisória e licença-maternidade, em caso de parto de natimorto. Devemos frisar que, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019a), a Bahia, possui uma média de 14.873.064 milhões de habitantes, sendo ínfima a quantidade de processos existente, apenas dois, sendo que ambos não tratam diretamente da questão, usando de mera exemplificação, o que nos indaga.

Do mesmo modo, vemos o segundo estado, o Paraná, com 11.433.957 milhões de habitantes e meros sete processos em nível de segunda instância (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019b). Inclusive, não podemos afirmar que os processos de primeira instância tenham esse perfil, uma vez que tramitam em segredo de justiça.

De qualquer sorte, comparando a variação populacional com as demandas que emergiram, não se pode afirmar que maciçamente estejam sendo concedidos benefícios previdenciários em casos de parto de natimorto.

Sobre a análise jurídica e sua possível conexão com resultados obtidos mediante entrevistas, da realidade observada (embora de alguns poucos casos) evidencia-se flagrante distância. Uma das entrevistadas no âmbito do presente estudo, que foi referida como “mãe desamparo”, voltou a trabalhar assim que tirou os pontos, conduta contraditória ao que vêm sendo estabelecido em lei. Tendo sido realizado o parto, foi identificado o fato gerador para a concessão do benefício da licença-maternidade, nos termos da norma 45 do INSS; ainda assim, o benefício não foi concedido, e as razões para tal tampouco explicadas à parturiente.

Seria negligência apenas da empresa? Ou da empresa e do Estado que não garantem a informação às mulheres trabalhadoras para que possam, inclusive, reivindicar seus direitos? Em relação aos institutos jurídicos, vale salientar que as empresas que desrespeitam os preceitos da estabilidade provisória, e são ocasionadas por demandas judiciais, seriam por lei condenadas a pagamento indenizatório referente ao período que a empregada fazia jus.

A trabalhadora que passou pelo parto, tendo seu filho vindo a óbito, tem direito não apenas à estabilidade provisória, mas também à licença-maternidade; o mesmo não é aplicado à mãe que teve o filho com menos de 6 meses de gestação, pois a legislação reconhece esse fato não como parto, mas como aborto espontâneo.

O intento desse trabalho, de caráter inicial e exploratório, é de que, ao apresentar uma visão geral do tema, as questões ora ventiladas possam fomentar o seu debate e inspirar pesquisa posterior, indicando-se um estudo mais aprofundando sobre o luto, para que a natureza complexa desse processo seja reconhecida e levada

em conta pela lei. De modo particular, será necessária uma apreciação da lei quando opta por não conceder os auxílios para as mães que foram acometidas pelo aborto espontâneo. Será que essa conduta não seria uma forma de desautorizar o sentimento materno? Fica a reflexão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Várias questões são entrelaçadas ao trabalho, tal qual uma manta de crochê, que vem sendo alinhavada uma a uma, para trazer um todo, colorido. Assim se apresenta esse trabalho, um tear, cruzando as agulhas da Psicologia e do Direito, institutos que se mostram complementares, na tentativa de refletir questões como: quando se inicia a chamada maternidade, como ela se apresenta? O que seria se sentir mãe? Existe algum marco? A pesquisadora escutou algumas mães que tiveram perdas gestacionais, perdas precoces. No recorte escolhido para o presente capítulo, apresenta-se a análise da jurisprudência, buscando entender como essas são amparadas legalmente: se são amparadas e, caso sejam, como se dá esse amparo.

No caso de estabilidade provisória gestacional, ocasião em que a mulher se encontra em um estado especial no qual ocorre a gestação e a maternidade, seu fundamento torna-se ainda mais conhecido, a partir do momento em que as normas de proteção ao trabalho da mulher encontram sua razão de ser justamente na condição psíquica, e principalmente física, desta. E, sendo a estabilidade gestacional uma garantia exclusiva da mulher, esses fatores não podem ser esquecidos no instante em que se legisla sobre temas relacionados a elas, pois devem ser levados em consideração de maneira que justifique o tratamento diferenciado em relação ao trabalho do homem.

Nos julgados dos Tribunais Regionais do Trabalho que puderam aqui ser observados, prevaleceu o entendimento de que, apesar do nascimento sem vida, assiste à empregada o direito à licença-maternidade e à estabilidade como gestante. Mas a questão continua viva: o luto materno é validado pelo Direito brasileiro? Acreditamos que o Direito não criou tais institutos sobre a visão do luto materno, e os utiliza de forma não discricionária, uma vez que, em momento algum, o texto legal menciona questões sobre o luto materno. A única menção ao luto se dá em relação à dispensa de dois dias, como já foi apontado. Acreditamos que impera a contradição, pois se reconhece que o luto precisa ser vivido, sendo uma questão biopsicossocial, e que, para que isso aconteça, o Estado deve possibilitar o apoio multidisciplinar e integral a essas mães, a essa família.

Diante do exposto, é importante refletir sobre a Instrução Normativa do INSS, que em seu § 5º, encontramos:

Tratando-se de parto antecipado ou não, ainda que ocorra parto de natimorto, este último comprovado mediante certidão de óbito, a segurada terá direito aos [...] cento e vinte dias previstos em lei, sem necessidade de avaliação médico-pericial pelo INSS. (BRASIL, 2015)

Desse modo, legalmente, a segurada que tenha tido parto de natimorto teria direito a 120 dias de licença-maternidade. Se a licença-maternidade é concedida, a estabilidade provisória também deveria ser; dessa forma, essa mãe, ao retornar ao trabalho, após esses 120 dias, deveria ter seu emprego assegurado por pelo menos cinco meses após o parto.

## REFERÊNCIAS

ALEXY, R. *Teoría de los derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2008.

ARAÚJO, L. A. D.; NUNES JÚNIOR, V. S. *Curso de direito constitucional*. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

BAHIA. Tribunal Regional do Trabalho (5. Região). *Recurso Ordinário*: RecOrd 00011203020105050013 BA 0001120-30.2010.5.05.0013. Relator: Desembargador Paulino Couto, 2014. Disponível em: <https://trt-5.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/158310601/recurso-ordinario-record-8562020135050009-ba-0000856-2020135050009/inteiro-teor-158310609?ref=amp>. Acesso em: 17 jan. 2018.

BASTOS, C. R.; MARTINS, I. G. *Comentários à Constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva, 1997. v. 5.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 3 mar. 2018.

BRASIL. *Decreto-lei nº 5.442, de 1 de maio de 1943*. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, DF: Presidência da República, 1943. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del5452compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del5452compilado.htm). Acesso em: 3 mar. 2018.

BRASIL. *Instrução normativa nº 77, de 21 de janeiro de 2015*. Estabelece rotinas para agilizar e uniformizar o reconhecimento de direitos dos segurados e beneficiários da Previdência social, com observância dos princípios estabelecidos no art. 37 da Constituição Federal 1988. 2015. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1642640](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1642640). Acesso em: 17 jun. 2018.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1. Região). Seção Judiciária da Bahia. Decisão – 5694365. Manifestação do NucGP: Chamo o feito à ordem para retificar a Decisão 5520926, deferindo a licença, em razão de falecimento do genitor [...]. *Boletim Eletrônico de Serviço da 1ª Região*, Brasília, DF, ano IV, n. 4, p. 188, 2018. Disponível em: [portal.trft1.jus.br/dspace/boletim\\_adm\\_trft1\\_2018-03-06\\_iv\\_40](portal.trft1.jus.br/dspace/boletim_adm_trft1_2018-03-06_iv_40). Acesso em: 17 jun. 2019.

- CARVALHO, A. C. L. de. *Direito do trabalho*: curso e discurso. Aracaju: Evocati, 2011.
- CUNHA JÚNIOR, D. da. *Curso de direito constitucional*. 4. ed. Salvador: JusPodivm, 2008.
- DELGADO, M. G. *Curso de direito do trabalho*. 10. ed. São Paulo: LTR, 2012.
- FARIAS, E. P de. *Colisão de direitos*: a honra, a intimidade, a vida privada e a imagem versus a liberdade de expressão e informação. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1996.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades e estados*: Bahia. 2019a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba.html>. Acesso em: 26 abr. 2019.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades e estados*: Paraná. 2019b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr.html>. Acesso em: 26 abr. 2019.
- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. Instrução Normativa INSS/PRES nº 45, de 6 de agosto de 2010. Dispõe sobre a administração de informações dos segurados, o reconhecimento, a manutenção e revisão de direitos dos beneficiários da Previdência Social e disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do Instituto Nacional de Seguro Social - INSS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 11 ago. 2010.
- JUSBASIL. *Jurisprudência do TRT-5*. 2017a. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/pesquisa/trt-5>. Acesso em: 16 jan. 2018.
- JUSBASIL. *Jurisprudência do TRT-9*. 2017b. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/pesquisa/trt-9>. Acesso em: 16 jan. 2018.
- KANT, I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2007.
- MENDES, G. F. *Direitos fundamentais e controle de constitucionalidade*. 2. ed. São Paulo: Celso Bastos, 1999.
- MORAES, A. de. *Direitos humanos fundamentais*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- NOVAIS, J. R. *Contributo para uma teoria do estado de direito*: do estado de direito liberal ao estado social e democrático de direito. Coimbra: Coimbra, 1987.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração universal dos direitos humanos*. Paris: ONU, 1948. Disponível em: <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>. Acesso em: 6 abr. 2016.
- PARANÁ. Tribunal Regional do Trabalho (9. Região). *TRT-PR-26-05-2009 estabilidade provisória*. Gestante. Natimorto [...]. Relatora: Ana Carolina Zaina, 26 maio de 2009. Disponível em: <https://trt-9.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/18939461/1692200789904-pr-1692-2007-89-9-0-4-trt-9>. Acesso em: 20 abr. 2018.
- PARANÁ. Tribunal Regional do Trabalho (9. Região). *TRT-PR-12-07-2011 natimorto*. Licença-maternidade. Não obstante a autora tenha dado à luz uma criança morta [...]. Relator: Ricardo Tadeu Marques da Fonseca, 17 de julho de 2011. Disponível em: <https://trt-9.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/20049372/1352010654907-pr-135-2010-654-9-0-7-trt-9>. Acesso em: 20 abr. 2018.

PEREZ LUÑO, A.-E. Teledemocracia, cibercidadania y derechos humanos. *Revista Brasileira de Políticas Públicas = Brazilian Journal of Public Policy*, Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 9-46, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/2835/pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

SILVA, J. A. da. *Curso de direito constitucional positivo*. 29. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.



# 22

## PATERNIDADE APÓS A SEPARAÇÃO CONJUGAL: O PAI QUE NASCE E RENASCE

Paulo Maciel Machado

O presente capítulo constitui-se enquanto um desdobramento da dissertação de mestrado *Cultura, afeto e linguagem: os caminhos semióticos da paternidade no contexto da separação conjugal*. (MACHADO, 2017) Assim, pretende apresentar e discutir alguns dos frutos de uma investigação qualitativa realizada com quatro homens representantes de paternidades construídas em contextos diversos, buscando descrever o processo semiótico da construção das suas identidades enquanto pais (em termos de emoções, sentimentos, pensamentos e direcionamentos de ação) e as possíveis alterações neste processo durante e após o evento da separação conjugal. Serão também explorados quais discursos sociais serviram de baliza semiótica na orientação dos participantes diante das diversas situações trazidas pela condição de paternidade.

### O NASCIMENTO DO PAI CONTEMPORÂNEO

Desde o final da década de 1990, a paternidade passou a ser alvo de interesses científicos, motivando a realização de investigações diversas sobre esta temática. O tema passou também a despertar interesse do saber jurídico, havendo na realidade brasileira diversas leis editadas sobre o assunto (como a mais recente Lei nº 13.058/14, que dispõe sobre a aplicação da guarda compartilhada), institucionalizando o pai enquanto um sujeito com direitos e deveres.

Um ponto relativamente reconhecido entre os estudiosos do tema é a constatação de uma transição, ao longo do tempo, na forma como a paternidade é significada e exercida na realidade brasileira – marcadamente nas camadas sociais médias, passa-se a abordar o surgimento de um “novo pai” – sujeito historicamente construído em épocas de significativas revoluções sociais, com a desconstrução de papéis de gênero, o surgimento da pílula anticoncepcional, a entrada da mulher no mercado de trabalho, o aumento do desemprego e da violência e o elevado custo das escolas e dos profissionais de cuidado infantil. (BARHAM; CIA, 2009; DANTAS; JABLONSKI; FÉRES-CARNEIRO, 2004; LEWIS, 1999; MACEDO; CEZAR-FERREIRA, 2016)

Como efeito colateral dessas reconfigurações sociais, a literatura indica que os pais passaram a estar mais tempo no ambiente doméstico, entrando mais frequentemente em contato com as rotinas do lar, tradicionalmente desempenhadas pelas mulheres – como aquelas relativas à atenção aos vínculos e relacionamentos, ao cuidado e à intimidade. Passaram então a serem forçadas, em tentativa e erro, novas possibilidades de se relacionar com o espaço do lar, com a conjugalidade, com os filhos e também consigo mesmos – com os próprios afetos, cognições e ações. (ARSÊNIO, 2012; BARHAM; CIA, 2009; BOTTOLI, 2010; CIA; WILLIAMS; AIELLO, 2005; DANTAS; JABLONSKI; FÉRES-CARNEIRO, 2004; FREIRE, 2009; GRZYBOWSKI; WAGNER, 2010; LEWIS, 1999; MACEDO; CEZAR-FERREIRA, 2016; WARPECHOWSKI; MOSMANN, 2012)

## A SEPARAÇÃO CONJUGAL E O RENASCIMENTO DA PATERNIDADE

De acordo com estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017), para cada três casamentos realizados, um deles terminava em divórcio – dado que representa 33% da totalidade, caracterizando a separação conjugal enquanto evento previsível e normativo.

Ao vislumbrar a separação conjugal sob a ótica dos impactos subjetivos nos envolvidos, este evento pode ser entendido enquanto um processo de ruptura no ciclo de vida (ZITTOUN, 2012) – isto é, enquanto acontecimento que demanda uma alteração qualitativa no modo do indivíduo dar significado e relacionar-se com o seu mundo.

Apesar de gradativamente vir dedicando maior visibilidade ao pai enquanto objeto de estudo, a literatura científica é ainda escassa em estudos que busquem uma compreensão qualitativa sobre como é significada a paternidade após a separação conjugal. (BARHAM; CIA, 2009; BOTTOLI, 2010; FREIRE, 2009; GRZYBOWSKI; WAGNER, 2010) Há poucas informações a respeito de quais processos semióticos estão sendo realizados pelos pais contemporâneos diante da

ruptura conjugal e de como esta impacta em suas diversas esferas de vida e no significado de suas próprias identidades enquanto pais.

Ainda focalizando a ruptura inaugurada pela separação conjugal, nas vidas dos pais, é também importante ressaltar a supracitada transição histórica no modo como a paternidade vem sendo significada nas coletividades contemporâneas – o que traz certo caráter de ineditismo quanto aos recursos semióticos oferecidos aos pais enquanto suportes para relacionarem-se com os eventos cotidianos de suas paternidades individuais, num momento de ruptura ontogenética pessoal.

## O ESTUDO

Foram realizadas entrevistas narrativas com os participantes. No momento da entrevista, o entrevistador defrontou os participantes com perguntas-estímulos – como a introdutória “Conte-me a história de sua paternidade”, passando, então, com o decorrer da entrevista, para perguntas mais específicas, como “De que modo a separação conjugal influencia na experiência de ser pai? Como você se sente quanto a isso? Gostaria que fosse diferente?”.

Com essas questões pretendeu-se a construção de um contato semiótico do entrevistado com algumas das possíveis situações que fazem parte dos seus cotidianos e que lhes demandam posicionamentos – possibilitando, no instante imediato da conversação, uma negociação entre os significados das experiências vividas pelos pais e os signos/situações apresentados pelo entrevistador, em forma de perguntas. Assim, dispositivos semióticos do participante emergiram – reações afetivas, cognitivas e tendências à ação, entendidos enquanto aproximações e distanciamentos dos signos apresentados –, passando o sujeito a atribuir, naquele singular instante, significados aos temas debatidos.

### *Os participantes*

Com o objetivo de explorar os diferentes formatos que a paternidade contemporânea pode assumir, antes e após a separação conjugal, foram entrevistados 04 sujeitos, representantes de paternidades construídas em contextos diversos.

Um dos critérios para a escolha dos participantes foi que os mesmos tivessem passado pela separação conjugal enquanto evento inédito, tendo assim construído os seus significados pós-ruptura, contando com o mínimo de suporte de experiências anteriores. Considerou-se também a escassez de discursos sociais disponíveis a respeito do “novo pai”, apontada pela literatura revisada; narrativas dotadas de proeminente subjetividade, em seus significados, foram produzidas.

Vale ressaltar que alguns autores utilizam o período de três anos após a separação conjugal enquanto critério para a transição para um novo ajustamento qualitativo da vida. (FÉRES-CARNEIRO, 2003; GRZYBOWSKI; WAGNER, 2010; MORRISON; CHERLIN, 1995; SOUZA; SMEHA; AREND, 2012) Deste modo, foram entrevistados dois pais que já tinham passado pelo processo de transição imposto pela separação conjugal, e que supostamente já tinham consolidados os seus significados a respeito da sua nova situação enquanto pais. Por outro lado, também foram entrevistados dois pais que estavam, no momento da entrevista, vivenciando esta transição.

Entrevistar pais que já haviam passado pelo período de três anos posterior à separação conjugal possibilitou a observação dos caminhos semióticos construídos por indivíduos com significados de paternidade supostamente mais estáveis, cujas mudanças qualitativas já estariam ontogeneticamente integradas nas estruturas semióticas de seus *selves*. Por outro lado, entrevistar pais que estavam, ao momento da entrevista, passando pelo período de transição sugerido pela literatura, permitiu também acesso privilegiado às negociações de sentido em operação nos participantes.

Todos os pais entrevistados conviviam em família com a ex-cônjuge e o/a(s) filho/a(s) nascidos anteriormente à separação conjugal, o que possibilitou a verificação de possíveis alterações qualitativas no significado de paternidade como consequências do processo de ruptura instaurado pelo evento.

Escolher pais de diferentes idades e classes sociais, ao momento da entrevista, permitiu verificar possíveis convergências e divergências na construção de significados entre sujeitos de diferentes gerações e *locus* sociais – assim como ter indicativos dos discursos mesogenéticos que embasam os seus caminhos semióticos.

Seguindo a intenção exploratória do estudo, um dos participantes coabita com seus filhos, enquanto os outros três não moram com os mesmos. Entrevistar sujeitos nestas condições possibilitou observar os possíveis efeitos da coabitação na forma como os pais relacionam-se com as suas paternidades, principalmente no tocante ao impacto nas esferas de vida (trabalho, lazer, relacionamento com filhos, vida social, espiritualidade e relacionamento conjugal).

Dois dos participantes do estudo são recasados – o que também constitui um contexto diferente de se vivenciar a paternidade após a separação conjugal, visto que, ao constituir nova família, novas demandas e responsabilidades advindas da nova vida familiar podem entrar em concorrência com as diversas rotinas do exercício da paternidade anterior ao recasamento.

Será feita, a seguir, uma breve descrição dos participantes deste estudo.

#### BARTOLOMEU

Bartolomeu possui 60 anos e é pai de três filhos – sendo dois biológicos, concebidos em casamentos distintos, e uma outra filha de uma das ex-cônjuges, mas assumida enquanto sua filha. O primeiro filho (Lúcio), que vivenciou a primeira separação conjugal, atualmente possui 33 anos. A separação ocorreu há 24 anos. Bartolomeu possui nível superior, está atualmente desempregado e é recasado, morando com a atual esposa. Após a separação conjugal, a guarda do filho ficou com a então cônjuge – não havendo, à época, intenção de obter a guarda.

#### ROMÁRIO

Romário possui 45 anos e é pai de uma menina de 5 anos. A separação conjugal ocorreu há 4 anos. Possui nível superior, está empregado e é recasado, morando com a atual esposa. Após a separação conjugal, a guarda da filha não foi judicialmente definida – sendo que a criança mora na casa da mãe. Romário declara intenção de compartilhar a guarda da filha.

#### DAVI

Davi possui 39 anos e é pai de um garoto de 7 anos. A separação conjugal ocorreu há um ano e meio. Possui nível médio, está empregado e mantém um relacionamento amoroso, mas não vive com a atual parceira. Após a separação, foi judicialmente definida a guarda compartilhada – mas percebida pelo participante como algo sem efeitos práticos. O filho mora com a antiga companheira e José declara intenção de que o filho coabite com ele, no futuro.

#### JOSÉ

José possui 38 anos e é pai de dois garotos: Ítalo, de 8 anos, e Luan, de 5 anos. A separação conjugal ocorreu há um ano. Possui nível superior, está desempregado e é solteiro. Após a separação, assumiu a guarda dos filhos, coabitando com eles.

#### *Procedimentos para a análise de dados*

A análise de dados foi orientada a partir da proposta de análise narrativa de Lieblich, Tuval-Mashiach e Zilber (1998), na perspectiva conteúdo-categorial. Os materiais de áudio foram transcritos e, num segundo momento, foram escritas sinopses de cada entrevista. Foram então construídas categorias de conteúdo definidas com

base nos conteúdos sugeridos pela revisão de literatura (base para a construção da entrevista). Novas categorias também foram construídas em adição às primeiras, com base na análise de conteúdo das entrevistas.

Tendo estas categorias-signos definidas, passou-se a buscar nas narrativas os fragmentos representativos de como os participantes relacionavam-se com estes símbolos (em termos de emoções, sentimentos, pensamentos e direcionamentos de ação), antes e depois da separação conjugal.

De modo coerente ao objetivo da investigação, as narrativas foram reorganizadas com base na experiência de paternidade inserida no tempo: 1. O nascimento do pai: a paternidade anterior à separação conjugal; 2. A separação conjugal; 3. O renascimento do pai: a paternidade posterior à separação conjugal.

## O PAI QUE NASCE E RENASCE

A seguir serão apresentados e discutidos os principais resultados em sintonia com o objetivo do presente trabalho.

### *O nascimento do pai: a paternidade anterior à separação conjugal*

Nas subseções a seguir, serão mostradas as negociações semióticas relativas ao signo “Paternidade” ocorridas no curso de vida dos participantes a) antes de se tornarem pais, b) quando passaram a de fato se sentirem pais, e c) quais os primeiros caminhos semióticos destes homens quando passaram a se sentirem pais.

#### A DECISÃO DE TORNAR-SE PAI

É marcante o fato de todos os entrevistados, nas mais diversas condições em que foram construídas as suas paternidades, partilharem o fato de não terem como prioridade, ao momento que engravidaram as suas parceiras, o desejo de tornarem-se pais. Todos, entretanto, não hesitaram em, direta ou indiretamente, assumir a possibilidade de virem a se tornar pais, e passaram a aceitar esta nova condição ao descobrirem-na, assumindo e responsabilizando-se pelos filhos.

Neste sentido, Bartolomeu declara não ter utilizado anticoncepcionais, mesmo percebendo não ter significativo desejo de ser pai e não ter estrutura financeira adequada a esta condição. Romário, por sua vez, declara que sempre teve a tendência a hesitar diante da possibilidade de tornar-se pai, e, mesmo passando a planejar a paternidade, quando casado, percebia em si intensos receios relativos a esta condição. Davi relata a sua percepção sobre a mãe do seu filho ter realizado o desejo de tornar-se mãe, engravidando, sem, no entanto, tê-lo consultado. José, por fim,

destaca que o processo de desejar tornar-se pai foi consequência de acompanhar as repetidas frustrações da então cônjuge, que já desejava tornar-se mãe, ao tentar engravidar.

Na trajetória desses homens há indicativos de um processo semiótico poderoso, no qual os signos “Paternidade”, “Conjugalidade” e “Família” encontram-se, no nível mesogenético da experiência, em estado de fusão – guiando estes homens a engajarem-se na condição de pais **de família**. O fato de sujeitos em contextos diversos terem tomado a mesma decisão de tornarem-se pais num contexto de conjugalidade e família nuclear, sendo menos guiados pelo signo “Satisfação Pessoal” (visto não haver necessariamente desejo espontâneo em tornarem-se pais), conduz à hipótese de que “Tornar-se pai” é um poderoso signo socialmente compartilhado e valorizado, que tacitamente conduz os sujeitos a perceberem a situação de paternidade intrinsecamente conectada à condição de conjugalidade, assumindo-a.

Corroborando esta hipótese os relatos de todos os participantes quanto à resistência imposta por eles diante da ideia de separação conjugal, mesmo declarando-se insatisfeitos com o relacionamento que mantinham com as antigas cônjuges.

#### A GÊNESE DO SENTIMENTO DE PATERNIDADE

Este ponto também se apresentou enquanto convergência das vivências de todos os participantes, que declaram terem passado a sentirem-se pais como resultado da experiência prática de interação com os filhos, meses após o seu nascimento – não existindo esse sentimento antes ou mesmo logo após o nascimento dos filhos.

#### A CONSTRUÇÃO DOS PRIMEIROS CAMINHOS SEMIÓTICOS

Neste primeiro processo de construção de significados a respeito da própria paternidade, signos que se apresentaram massivamente presentes e como poderosos guias semióticos diante do ineditismo da situação de paternidade em todos os participantes foram “Responsabilidade/Compromisso”, “Saúde/Bem-estar (do filho)”, “Educação (do filho)” e “Desenvolvimento Pessoal (do filho)”. Foi um ponto de convergência entre os participantes a narrativa de eventos relacionados a eles, enquanto pais, percebendo as necessidades dos filhos e comportando-se em função delas – havendo uma seleção perceptiva do ser responsável pelos cuidados com a saúde, com o bem-estar, com a educação e com o desenvolvimento dos filhos.

*[...] quando adoce é uma loucura, tem desidratação, vai pra clínica, você perde noite de sono... mas dois dias depois você nem lembra. (Bartolomeu)*

Neste sentido, é significativo que dois dos pais, ao narrarem as decisões tomadas quanto aos seus próprios processos de desenvolvimento pessoal, façam-no de modo subordinado semioticamente ao que entendem ser melhor para os filhos.

*Olha... uma coisa também que eu prezo muito, Paulo, é a questão do exemplo [...] que minha filha vai precisar de mim, e eu preciso acima de tudo dar exemplo. Lá na frente eu não vou poder chamar a atenção dela para certas coisas que eu faço. (Romário)*

*[...] Só que muitas vezes você vai ter que se tornar organizado pra que seu filho seja organizado. (José)*

Assim, é também notável o fato de que, em suas estruturas semióticas, o signo “Desenvolvimento Pessoal” encontra-se sobremaneira submisso àqueles relativos à saúde/bem-estar, educação e desenvolvimento dos filhos.

Romário, José e Davi demonstraram também tendências a buscarem ativamente por pessoas em suas redes de apoio diante da incerteza das situações cotidianas de suas paternidades.

*[...] minha irmã. A namorada pouco [...] Mas às vezes eu desabafo com ela mesmo. Minha mãe, irmã... irmã. (José)*

Significativamente interessados na educação e no desenvolvimento dos seus filhos, foram notórios processos semióticos que conduziam alguns dos pais a perceberem nos filhos a necessidade de serem apoiados e a responsabilidade deles, enquanto pais, de oferecerem este apoio. Neste sentido, ocorreram nas situações cotidianas percepções de possibilidades de aprendizagem para os filhos, tendo estas percepções traços de racionalidade e foco em objetivos, simultaneamente com preocupações quanto ao impacto da aplicação destas intervenções pedagógicas na dimensão afetiva dos filhos.

*[...] joga uma pedra numa profundidade, assim, de um metro, e ela desce, e vai lá pegar, e volta, e tal [...]. (Romário)*

*[...] Meu filho, eu amo você, você é maravilhoso, não é porque você fez uma coisa de errado que eu vou deixar de gostar de você [...]. (José)*

No relacionamento com os filhos, processos semióticos guiados pelo signo “Hierarquia” estavam proeminentemente presentes nas narrativas de José, Davi e Romário, simultaneamente com signos como “Atenção”, “Cuidado”, “Presença” e “Carinho” – denotando tendências à demarcação vertical de papéis aliada à preocupação com a subjetividade dos filhos. No caso de Davi, o signo “Hierarquia” ocorria

de modo intercalado com o signo “Parceria”, demonstrando também tendências a relacionamentos com características de horizontalidade.

[...] *queria que ele continuasse meu parceiro, meu amigo, qualquer dificuldade me ligasse, me chamasse, não me esconder nada, namoradinho... o primeiro baseado... essas coisas, assim. Eu vou ter uma relação aberta com ele [...].* (Davi)

José e Romário apresentaram em suas narrativas indicativos de participação semiótica dos seus próprios pais e/ou padrastos na construção de suas semioses sobre a própria paternidade. Neste sentido, Romário resgata a imagem do próprio pai e a do padrasto enquanto referências negativas sobre o que deve ser um pai. Assim, quando este participante descreve o signo “Eu pai”, realiza um movimento semiótico no qual os signos “Meu pai” e “Meu padrasto” (caracterizados enquanto personagens desinteressados, omissos e/ou distanciados afetivamente quanto à vida dos filhos) relacionam-se com o signo supracitado através de uma relação semiótica de oposição. Esta semiose conduz Romário a adotar atitudes opostas aos dos seus cuidadores – tendo como guias signos como “Presença”, “Interesse”, “Atenção”, “Cuidado”, dentre outros, quando diante das incertezas contingentes à vida de pai.

[...] *Né, como eu te disse, o meu pai não foi aquele pai presente, de atenção, de... de... de carinho, de... então, tudo o que eu senti falta com ele hoje eu procuro, é... ver pelo lado da minha filha, procuro dar à minha filha [...].* (Romário)

O mesmo caminho semiótico é percorrido por José, que também resgata a imagem do próprio pai enquanto uma figura marcada por signos como “Ausência/Omissão” e “Desinteresse”.

[...] *como meu pai ele era ausente, então eu tinha duas opções, eu... eu... eu via em meu pai muito o que eu não queria ser pra minha família [...].* (José)

As narrativas de Romário e de José permitem a identificação de um fenômeno interessante. A experiência de filitude dos participantes deste estudo descreve as atitudes dos seus próprios pais/padrastos com características de objetividade, provisão financeira e distanciamento afetivo – semelhante ao modo descrito pela literatura para a paternidade tradicional. A análise dos depoimentos dos pais demonstra que esta experiência tradicional no nível da mesogênese, que outrora orientava os antigos pais em seus modos de agir (apontados pela literatura enquanto possuindo características de objetividade, provisão financeira e distanciamento afetivo), continua sendo um roteiro social atuante na experiência dos pais contemporâneos. No entanto, em tempos passados esta semiose coletiva orientava os pais de um modo simétrico (como pensar, sentir e agir), enquanto que nas narrativas

dos pais contemporâneos, participantes desta pesquisa, esta mesma referência está enquadrada em uma moldura de oposição (como não pensar, não sentir e não agir).

É significativo, todavia, o fato desta experiência tradicional, no nível da mesogênese, descrita no parágrafo anterior enquanto situada em uma moldura semiótica de oposição, também poder funcionar, num contexto específico, num enquadramento de simetria. Assim, ao exigirem os seus direitos enquanto cuidadores legítimos de seus filhos, devido ao fato de serem os pagadores da mensalidade da escola, os participantes deste estudo recorrem ao roteiro tradicional em nível simétrico (como sentir, como pensar, como agir).

Participa também da construção das semioses iniciais de paternidade dos pais desta pesquisa o signo “Minha mãe”. Romário, Davi e José evocam este signo ao perceberem em suas genitoras os valores que desejam que orientem a relação deles com os seus filhos – carinho, atenção, presença, cuidado.

*[...] minha mãe me cobria de beijo, eu era o melhor filho do mundo, então, assim, eu quero o que o meu filho tenha o que eu tive, exatamente o que eu tive. (José)*

*[...] porque eu acho que o pai tem que ter essa participação. A escola tá lá pra fornecer o conhecimento, e o pai pra fiscalizar se esse conhecimento tá sendo absorvido. Eu penso assim, minha mãe me ensinou a ser assim, entendeu? (Romário)*

### *A separação conjugal*

Orientados pelos signos “Responsabilidade/Compromisso” e “Saúde/Bem-estar (do filho)”, além de associarem de modo intrínseco os signos “Paternidade”, “Conjugalidade” e “Família”, todos os pais deste estudo destacaram a resistência que imprimiram em aceitar o processo de separação conjugal. As narrativas dos participantes indicam que, durante algum tempo, a hierarquia semiótica estava conformada de modo que o signo “Satisfação Pessoal” ocupava um posicionamento inferior aos signos supracitados. Todavia, gradativamente esta semiose foi se invertendo, até chegar num ponto de mal estar pessoal em que a separação foi a decisão tomada ou consentida.

*Aí eu começo a pensar, porque eu começo a administrar o que vai ser em relação à minha esposa. Porque eu penso: ‘Meu Deus, minha vida começou a ficar muito cansativa e desgastante’. Eu começo a ficar com pena de mim [...]. (José)*

De acordo com as narrativas, Romário e Davi foram os proponentes do processo de separação conjugal, enquanto no caso de José este processo foi engatilhado pela ex-cônjuge. Quanto a Bartolomeu, este declara ter ocorrido um acordo entre o casal a respeito de que a separação seria a melhor decisão.

Neste sentido, Romário e Davi apresentam uma semelhança quanto ao sentido que atribuem a algumas das experiências que vivenciaram com as mães dos seus filhos, após a separação conjugal: ambos destacam a percepção sobre a possibilidade de existência de mágoa nutrida pelas antigas companheiras como motivação para dificultar o contato deles com os seus filhos.

É importante salientarmos que, apesar de todos os participantes apresentarem uma semiose afetiva de afastamento, quando em relação com o signo “Separação Conjugal”, a narrativa de Bartolomeu é a que mais proeminentemente se ateu a este tema - mesmo tendo se passado, ao momento da entrevista, 34 anos da ocorrência da ruptura.

À época em que este pai se engajou no processo de separação conjugal provavelmente não existiam muitos recursos semióticos disponíveis na coletividade para lidar com o tema da separação conjugal de modo flexível, nos possíveis significados que este evento pode assumir. Assim, intensa parcela da afetividade deste participante estava voltada, ainda no momento da entrevista, para atos de significação quanto à sua experiência com a separação conjugal diante de uma comunidade de possivelmente percebida enquanto avessa a este evento e aos nele envolvidos.

Tomando como medida comparativa a constatação da maior disponibilidade dos demais participantes para perceberem e se relacionarem com outras dimensões das suas vidas posteriormente à separação conjugal (notoriamente, o relacionamento com os filhos), as narrativas destes indicam um enriquecimento semiótico das coletividades no tocante a esta ruptura e um enfraquecimento do poder aversivo da dissolução de uma conjugalidade.

É também relevante a singularidade da experiência de separação de José, que destaca a sua percepção de que desde antes da separação passou a ser o depositário da maior parte das responsabilidades e cuidados relativos aos filhos – fator que lhe fazia experimentar intensa frustração e mágoa, relativos à então cônjuge. Em sua narrativa, José, entretanto, salienta o momento em que, mesmo pessoalmente insatisfeito com a companheira enquanto esposa, busca o aconselhamento da irmã e racionalmente se engaja em tentar reverter o mal-estar conjugal – tendo como orientadores ontogenéticos os signos “Família” e “Saúde/Bem-estar (dos filhos)”. Não obtendo êxito nesta empreitada e confrontado com o pedido de separação por parte da então cônjuge, José novamente recorre ao aconselhamento da irmã e desenvolve uma estratégia para obter a guarda dos filhos e a condição de coabitação com eles – sendo, desta vez, bem-sucedido.

[...] *Aí minha irmã senta comigo e fala assim: ‘Olhe, se você quiser realmente ficar com os meninos, Luana, ela... inicialmente ela não vai lhe dar os meninos [...] se você falar que quer, ela não vai querer lhe dar, porque nenhuma mãe consegue falar que vai dar.* (José)

## *O renascimento do pai: a paternidade posterior à separação conjugal*

A separação conjugal traz consigo diversas mudanças à vida dos pais, tanto de ordem objetiva (mudança de endereço; tempo disponível para contato com os filhos; pagamento da pensão alimentícia; o impacto da paternidade na escolha de uma nova parceira conjugal) como subjetiva (afetos, ideias e tendências à ação enquanto resposta a estes novos contextos). Nas subseções a seguir serão mostradas as principais negociações e construções semióticas realizadas pelos participantes na condição de pais separados.

### A CONSTRUÇÃO DE NOVOS CAMINHOS SEMIÓTICOS

Após a separação conjugal, a vida dos pais que participaram deste estudo passou por significativas mudanças objetivas e subjetivas, implicando no relacionamento com inéditos contextos para o exercício de suas paternidades, conseqüentemente sendo provocados a desenvolver novos caminhos semióticos.

Em adição às semioses de oposição ao referencial dos seus próprios pais, e de simetria quanto às suas mães, no tocante à forma de criar filhos, são notórias também as convergências de semioses de todos os participantes enquanto opostas às das ex-cônjuges.

Assim, Romário e José destacam a percepção de que as ex-cônjuges atualmente possuem rendimentos financeiros significativamente superiores aos deles. Buscam, em seguida, criticar a atitude das cuidadoras, descritas como “materialistas” – privilegiando mais a provisão de bens materiais do que valores avaliados como mais nobres.

[...] *E existem as datas pra dar presente... e a mãe sai, compra tudo, o quarto dela é uma coisa de cinema, de boneca... Comigo ela não é assim [...].* (Romário)

Estes pais passam a construir os seus referenciais de paternidade em oposição ao modelo percebido nas ex-cônjuges, descrevendo a si próprios como orientados por valores/signos como “Presença”, “Interesse”, “Atenção” e “Cuidado”. Estes pais salientam também o papel por eles desempenhado em incentivar posturas de amorosidade, carinho, cooperação e companheirismo, entendidas enquanto opostas àquelas incentivadas pelas mães, como a competitividade e o individualismo.

No mesmo caminho, Bartolomeu destaca a sua frustração ao descrever que a ex-cônjuge se dedicava mais à própria vida profissional do que à maternidade – também descrevendo-a como materialista e diferenciando-se dela.

[...] *Lúcio vai fazer aniversário, vamos fazer uma festa, convidar todo mundo, fazer aquela brincadeira... se ela tivesse um congresso, ela ia, não tava nem aí, ia pra São Paulo [...].*  
(Bartolomeu)

Já no caso de Davi, é notável que, apesar de não haver destaques perceptivos relativos à condição de trabalho da ex-cônjuge, há o mesmo ato de significação relativo a uma postura materialista da mãe do seu filho, e o mesmo movimento semiótico de diferenciação de si mesmo enquanto um cuidador que preza por transmitir outros valores ao filho – os mesmos mencionados pelos demais participantes.

[...] *Eu acho que vai muito de valores, assim [...] a mãe dele é muito materialista. E eu sempre mostrei mais outros valores, assim, do carinho, da atenção, do tá junto, e aí, por conta disso, criou uma ligação muito forte comigo.* (Davi)

O fato destes homens terem destacado percepções relativas à vida laboral das suas ex-esposas, dentre diversas outras possíveis, e de terem decidido compartilhá-la com o entrevistador, sugere que ainda hoje é algo estranho à comunidade masculina o fato de mulheres dedicarem-se ativamente à vida profissional e serem mais bem-sucedidas do que homens.

As narrativas dos participantes também descrevem uma semiose de oposição quanto ao modelo de cuidador exercido pelas ex-cônjuges no tocante ao uso da violência:

[...] *Então eu sou assim. A mãe já não é... a mãe é mais... a mãe é mais na gritaria: 'Ahhh... Não-sei-o-quê... Não-sei-o-quê...'. Eu já não sou na gritaria. Se eu tiver de reclamar, eu chamo ela e ela já sabe, é meia hora de conversa no pezinho do ouvido, passo um castigozinho e cabô, entendeu?.* (Romário)

[...] *lá a galera é mais os valores materiais, a galera é meio grosseira... ela... eu não sei se é por conta de que ele puxou à mãe, eu não sei... sei que ele chega aqui, ele pede pra minha mãe: 'Faz carinho na cabeça, vô.' Uma criança que pede carinho é porque ele sente falta de carinho. Comigo ele já deita, nem pede, porque eu já faço carinho, eu boto ele aqui no colo [...].* (Davi)

Tendo em consideração que uma das dimensões inerentes à separação conjugal é o distanciamento físico, em maior ou menor grau, entre pais e filhos, e considerando a referência negativa dos participantes quanto ao distanciamento que percebiam ser imposto por seus próprios pais/padrastos, há alguma probabilidade de que a separação conjugal seja uma situação que aumente a intensidade da semiose de simetria relativa ao modelo materno (caracterizado por ser orientado para a proximidade, o interesse, a atenção e o cuidado) na conformação da paternidade destes pais.

Apesar da diversidade de condições em que as paternidades dos participantes deste estudo foram construídas, uma experiência em particular foi a tônica da narrativa dos pais que não coabitam com os filhos, ao narrarem a sua paternidade após a ruptura conjugal.

Em diversos momentos de suas narrativas estes pais destacaram a percepção de terem se defrontado com situações em que algum agente externo lhes dificultava o desfrute dos diversos aspectos do relacionamento com os seus filhos – como ter contato físico, participar de processos de decisão ou contribuir para o desenvolvimento e educação da prole, transmitindo valores que consideram adequados. Foram também comuns situações em que percebem que o outro genitor está engajado em condutas de desqualificação da sua imagem enquanto pais.

De acordo com a Lei nº 12.318/10, que dispõe sobre o fenômeno da Alienação Parental, as seguintes atitudes são legalmente qualificadas: a) realizar campanhas de desqualificação da conduta do genitor no exercício da paternidade ou maternidade; b) dificultar o exercício da autoridade parental; c) dificultar o contato da criança ou adolescente com o genitor; d) dificultar o exercício do direito regulamentado de convivência familiar; e) omitir deliberadamente do(a) genitor(a) informações pessoais relevantes sobre a criança ou adolescente, inclusive escolares, médicas e alterações de endereço; f) apresentar falsa denúncia contra o(a) genitor(a) ou contra familiares deste(a), com fins de obstar ou dificultar a convivência deles com a criança ou adolescente; g) mudar o domicílio para local distante, sem justificativa, visando a dificultar a convivência da criança ou adolescente com o outro genitor ou familiar deste. O parágrafo único desta lei também permite que o juiz ateste outros atos enquanto alienantes, através do seu entendimento sobre a situação e de informações produzidas via perícia técnica. (BRASIL, 2010)

Nas narrativas dos pais deste estudo encontram-se indicativos de uma experiência habitual e afetivamente marcante, em que eles se sentem invalidados por um outro agente enquanto cuidadores e responsáveis por seus filhos. Esta experiência foi descrita nas narrativas quando do contato dos pais não apenas com a ex-cônjuge, mas também com funcionários da escola dos filhos, com a polícia, com a Defensoria Pública e com outros representantes da sociedade civil. Sentimentos de impotência e de mágoa são vivenciados por estes indivíduos ao perceberem que significativa parcela da sua experiência de paternidade não se encontra sob o seu controle.

A aqui cunhada Experiência de Invalidação Parental (EIP) ganha os seus contornos, em parte, enquanto vivência, pelos cuidadores, diante do fenômeno da Alienação Parental. No entanto, a EIP estende-se para além dos contornos definidos

pela legislação da Alienação Parental. Em algumas situações destacadas pelos participantes, eles vivenciaram experiências semelhantes às definidas pela Lei nº 12.318/10, porém com a particularidade de o agente alienante ser uma instituição social (pública ou privada). Sugere-se então que por Experiência de Invalidação Parental entenda-se a vivência dos genitores diante de atos de Alienação Parental advindos de representantes civis e de agentes institucionais de uma dada coletividade.

Neste sentido, Romário salienta a falta de reconhecimento dele enquanto cuidador e responsável pela filha por parte da diretora da escola da criança. Neste mesmo sentido, Davi destaca a falta de reconhecimento por parte da instituição policial em lhe garantir os seus direitos enquanto cidadão, ao narrar ter se dirigido a uma delegacia de polícia quando lhe foi negado o acesso ao filho pela ex-cônjuge, salientando que os policiais lhe disseram que nada poderiam fazer.

Davi também expõe uma vivência condizente com a EIP quando narra a fala de uma oficial de justiça que desconfia das intenções de um pai em procurar a Defensoria Pública estando unicamente interessado em garantir o contato físico com o filho. Este mesmo pai também destaca esta experiência na escola do filho, quando, seguindo orientações da ex-cônjuge, funcionários tentaram impedi-lo de ver o garoto. Por outro lado, Davi demonstrou que finalmente acabou conseguindo o amparo da Justiça, após acionar a Defensoria Pública, que intimou a ex-cônjuge e passou a agir no sentido de garantir os seus direitos de pai.

É fundamental aqui hipotetizar também a existência da EIP dirigida tacitamente dos pais para eles mesmos. Assim, Bartolomeu destaca sua percepção sobre momentos em que a sua ex-cônjuge viajava a trabalho, evento que ocasionava a hospedagem do seu filho na casa de um dos avós, mesmo ele estando disponível para estar com a criança. Este evento suscita dúvida em relação à sua capacidade em assumir o papel de cuidador do próprio filho. Romário, por sua vez, declara que não se sentia seguro para dar banho em sua filha enquanto bebê, recusando-se a assumir esta tarefa – e implicitamente reconhecendo a ex-cônjuge como competente destinatária desta função.

Em um nível ainda mais sutil, a narrativa de Davi mostra que, de certo modo, ele mesmo adota um posicionamento autoinvalidante, quando descreve a sua percepção sobre o momento em que ele retornava do trabalho e encontrava a ex-cônjuge, em licença-maternidade, tomando conta do bebê. O relato deste pai não denota nenhum tipo de incômodo relativo ao fato de ele não ter o mesmo direito de estar de modo intensivo com o próprio filho e com a cônjuge no momento da chegada da criança à família. Não há falas na narrativa de Davi que expressem qualquer contrariedade a respeito de a mãe ter direito a deixar de trabalhar para dedicar-se de modo exclusivo aos cuidados do novo integrante da família – direito que lhe é concedido, via licença-paternidade, apenas por alguns poucos dias.

Deste modo, em um momento da vida doméstica em que a chegada de um novo membro ocasiona alterações nas fronteiras semióticas familiares, e consequentemente nas outras esferas de vida dos genitores, este pai tacitamente aceita ocupar a posição de cuidador coadjuvante, aceitando a mulher enquanto protagonista.

Há de se considerar que a ausência de oposições pessoais quanto à realidade acima exposta deve-se à forma mesmo como a sociedade civil brasileira relaciona-se com a chegada de um filho nas famílias. Assim, o benefício da licença-maternidade que assegura às mães seis meses de afastamento do trabalho é financiado pelo Estado, enquanto o benefício da licença-paternidade apenas assegura aos pais o prazo de cinco dias úteis de afastamento sem descontos no salário habitual.

Assim, é notório o reconhecimento da sociedade civil quanto ao protagonismo materno diante da chegada do filho, provavelmente devido à função fisiológica da amamentação – todavia ignorando que é justamente neste momento que ocorre a conformação das fronteiras semióticas que irão definir como os membros do núcleo familiar irão se relacionar, para além dos ditames fisiológicos.

Diante do cenário da EIP, os pais deste estudo desenvolveram um mecanismo semiótico que cumpre a particular função de reduzir os níveis de mal-estar que são consequência das vivências de invalidação e impotência. Assim, todos os participantes mostraram-se proeminentemente regulados pelo signo “Passagem do Tempo”, que proporciona alívio emocional ante os sofrimentos diante das intempéries encontradas, assim como favorece a manutenção da proximidade física e afetiva dos filhos. Assim, os pais passam a relacionarem-se com o sentimento de impotência de uma forma mais branda, enquanto algo passageiro, aceitando-o e dedicando alguma parcela da sua afetividade em imaginar o futuro da relação com os filhos:

[...] *É. Então, assim, ela... eu já nadava e... essa questão mesmo... um sonho pra mim vai ser isso, ela disputar uma prova comigo. Vai ser um sonho mesmo [...].* (Romário)

[...] *A minha ideia é de que... isso vai passar, eu sempre procuro pensar de que há uma luz no fim do túnel, que daqui a alguns anos a gente vai tá junto. Eu trabalho, faço as coisas sempre pensando: 'Não, daqui a pouco a gente vai tá juntinho de novo' [...].* (Davi)

Em adição, ao signo “Passagem do Tempo”, o signo “Saúde/Bem-Estar (do filho)” também passou a cumprir função de regulador afetivo. Proeminentemente nos relatos de Romário, Davi e Bartolomeu (pais separados que não coabitam com os filhos), este signo surge enquanto um poderoso orientador ontogenético diante de situações em que os pais percebem a influência da ex-cônjuge quando o filho expressa alguma desqualificação relativa à vida que eles levam. As narrativas a respeito destas ocasiões deixam indicativos de percepções de injustiça, de sentimentos

peçoais de mágoa e de impotência, e de reflexões a respeito da ausência de responsabilidade por parte dos filhos diante dessa situação. De forma unânime, todos os participantes relatam ter chegado à conclusão de que o melhor para a saúde e bem-estar dos mesmos é que os pais não reajam ao comportamento alienante das ex-cônjuges de forma conflituosa ou vingativa.

[...] *Pode também ser um... é uma situação muito, assim, que as pessoas deveriam ter uma maturidade maior, que não... saber o que falar, eu jamais falo mal de ninguém da família dela na frente de Carol [...].* (Romário)

Deste modo, constata-se que, apesar de estarem de algum modo afetivamente inclinados a reações bélicas diante das injúrias percebidas, a presença da responsabilidade e compromisso com a saúde e o bem-estar dos filhos impõe-se de modo suficientemente intenso, de modo a barrar atitudes que os participantes avaliam como prejudiciais ao desenvolvimento da criança – levando os pais a não expressarem, ao menos diante dos filhos, sua contrariedade.

Diante da forma proeminente que o fenômeno aqui denominado de EIP apresentou-se nas narrativas dos participantes, estes passaram também a engajar-se em caminhos semióticos que têm como resultado produzir o sentimento de reconhecimento e validação dos seus papéis de cuidadores.

[...] *Saudade mesmo. De querer dar um abraço no meu filho. Querer que ele sinta minha presença. Eu levo um chocolatezinho, fico três a cinco minutos, dou um abraço nele [...] os coleguinhas dele: 'Ó, o pai de Davi tá na área.' Ele... ele vê que ele se sente bem [...].* (Davi)

No mesmo sentido, é também notável o fato da experiência de paternidade tradicional, a nível mesogenético, servir de roteiro para os pais exigirem os seus direitos enquanto cuidadores em contextos em que vivenciam a EIP. Assim, diante de situações em que se percebem invalidados, evocam o signo “Pai provedor”, característico de gerações anteriores, enquanto recurso para conseguirem reagir às violências simbólicas sofridas.

[...] *porque agora eu vou assinar embaixo a transferência de minha filha pra outra escola, porque eu vinha conversando com você [a ex-cônjuge] já tinha mais de dois anos, que eu sou pai, quem paga sou eu. O nome que está no contrato é o de quem? Não é o meu?.* (Romário)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da presente investigação demonstraram a complexidade e a diversidade de caminhos semióticos possíveis que estão sendo construídos por homens que se tornaram pais guiados por semioses que os conduziram a experimentar a

paternidade inserida num contexto inicial de conjugalidade e de vida em família. Estes pais foram então relacionando-se com as suas diversas esferas de vida (ZITTOUN, 2012) enquanto pais, dando significados aos eventos e construindo uma primeira etapa de suas identidades paternas.

Assim, de acordo com as narrativas, passaram a dar significados bastante singulares ao modo como percebiam os filhos, as suas então cônjuges, as suas famílias de origem, a sua rede de apoio, e também o modo como percebiam a si mesmos. Uma nova forma de relacionar-se com o mundo, enfim, foi inaugurada.

Num segundo momento, estes personagens passaram por uma ruptura em seus ciclos de vida que os conduziu a modificar qualitativamente o modo como relacionavam-se com os seus mundos. As narrativas desses pais expõem significativa mobilização dos afetos de identidades paternas que havia há pouco nascido e que passam, a partir da separação conjugal, a novamente terem que se reinventar. Um “novo pai” deve surgir.

As narrativas a respeito do nascimento e do renascimento dos pais deste estudo possuem um elemento que lhes confere valor ímpar. Não se trata apenas da construção e da reconstrução de uma identidade – processo comum na vida de todo ser social. O desenvolvimento das estruturas semióticas dos participantes deste estudo ocorre num momento histórico dotado de especial singularidade, em que novas demandas por atitudes são requisitadas sem haver, em contrapartida, muitas possibilidades de semioses bem estabelecidas e disponíveis ao nível mesogenético da experiência. Deste modo, os participantes deste estudo não contaram com uma rede de significações que lhes direcionasse para caminhos culturalmente estabelecidos e seguros diante de uma ruptura ao nível ontogenético das suas experiências.

Assim, a comparação das narrativas de paternidades construídas em diferentes épocas fornece indicativos de que a separação conjugal vem passando a ser um signo cada vez menos intenso quanto à mobilização de respostas em nível fisiológico-afetivo. Tendo se tornado um fenômeno cada vez mais normativo, também cada vez mais passaram a existir recursos semióticos culturalmente compartilhados que podem auxiliar os pais a elaborarem as suas experiências de modo menos rígido, podendo dedicar maior parcela da afetividade às diversas dimensões da paternidade pra além dos entraves do rompimento conjugal.

No entanto, apesar do desenvolvimento de novas semioses ligadas à separação conjugal e à figura do pai separado (alcançando mesmo o nível legislativo da institucionalização destes signos), chega-se à conclusão de que a experiência de sentir-se invalidado/não reconhecido seja um traço comum na paternidade do “novo pai” – especialmente aqueles que vivenciaram o rompimento conjugal.

As narrativas dos pais que participaram deste estudo demonstram que parte dos processos semióticos que conformam suas paternidades passa por se perceberem

desconsiderados enquanto personagens responsáveis por seus filhos - seja pela ex-cônjuge ou mesmo por instituições representantes da sociedade civil, como a Escola, a Polícia ou órgãos e agentes da Justiça. Indo ainda mais além, a análise destas narrativas também permite apontar o fato de que estes pais por vezes acabam invalidando a si próprios enquanto cuidadores dotados de protagonismo.

A partir desta constatação, cunhou-se neste estudo a EIP, possibilitando descrevê-la enquanto ativamente participante da estruturação semiótica que media a relação dos pais com seus mundos. As análises das narrativas demonstram que a EIP é um fenômeno tão marcante na vida dos participantes deste estudo que chega a direcionar o modo como percebem as suas paternidades e então guiam as suas atitudes. Assim, diante dos inexoráveis e inéditos instantes do aqui-agora, estes pais estavam significativamente motivados pela satisfação de uma demanda subjetiva por validação da própria condição de pais.

Deste modo, a partir da forma como a sociedade, com os seus agentes, lida com o fenômeno da paternidade – especialmente quando associada à separação conjugal –, torna-se aumentada ou diminuída a probabilidade de que as atitudes dos pais sejam reguladas por demandas pessoais de validação de suas identidades paternas, ao invés de serem orientadas por fatores outros como as necessidades dos filhos ou o tipo de paternidade que desejam construir, baseado em valores decididos.

Compreendendo que a forma como um indivíduo ou um agrupamento social relaciona-se com um dado signo é o resultado da eficácia em prover respostas adaptativas (VALSINER, 2012), em termos da produção de estabilidade e segurança biopsicoemocional, observa-se que os roteiros mesogenéticos que guiarão os processos de formação de identidade paterna no futuro estão sendo ensaiados no presente momento histórico.

A curiosidade científica e a necessidade de um relacionamento com estes personagens sociais pautado pelo conhecimento das suas realidades cotidianas conduz ao convite para a produção de novas investigações que possam acompanhar o desenvolvimento dos significados de paternidade com o passar do tempo, facilitando aos pais e àqueles que com eles se relacionam (familiares, filhos, instituições judiciárias, profissionais da saúde, do Direito e do serviço social, e investigadores da ciência) a expansão dos caminhos semióticos e a produção de novas realidades.

## REFERÊNCIAS

ARSÊNIO, C. I. F. *Paternidade na infância: envolvimento paterno e estilos parentais educativos em pais de crianças em idade escolar*. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012.

- BARHAM, E. J.; CIA, F. O envolvimento paterno e o desenvolvimento social de crianças iniciando as atividades escolares. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 67-64, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a09v14n1.pdf>. Acesso em: 25 maio 2015.
- BOTTOLI, C. *Paternidade e separação conjugal: a perspectiva do pai*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/10294/BOTTOLI%2C%20CRISTIANE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 jul. 2015.
- BRASIL. *Lei 11.698, de 13 de junho de 2008*. Altera os arts. 1.583 e 1.584 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil, para instituir e disciplinar a guarda compartilhada. Brasília, DF: Presidência da República, 2008. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Lei/L11698.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11698.htm). Acesso em: 10 out. 2014.
- BRASIL. *Lei nº 12.318, de 26 de agosto de 2010*. Dispõe sobre a alienação parental e altera o art. 236 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12318.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12318.htm). Acesso em: 10 out. 2014.
- BRASIL. *Lei 13.058, de 22 de dezembro de 2014*. Altera os arts. 1.583, 1.584, 1.585 e 1.634 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), para estabelecer o significado da expressão “guarda compartilhada” e dispor sobre sua aplicação. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2014. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2014/lei-13058-22-dezembro-2014-779828-publicacaooriginal-145706-pl.html>. Acesso em: 3 maio 2015.
- CIA, F.; WILLIAMS, L. C. de A.; AIELLO, A. L. R. Influências paternas no desenvolvimento infantil: revisão da literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*, Campinas, v. 9, n. 2, p. 225-233, dez. 2005.
- DANTAS, C.; JABLONSKI, B.; FÉRES-CARNEIRO, T. Paternidade: considerações sobre a relação pais-filhos após a separação conjugal. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 29, p. 347-357, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n29/10.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2015.
- FÉRES-CARNEIRO, T. Separação: o doloroso processo de dissolução da conjugalidade. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 8, n. 3, p. 367-374, 2003.
- FREIRE, G. de O. *A vivência da paternidade por homens separados: a construção de uma nova paternidade?*. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Fundação Edson Queiroz, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2009.
- GRZYBOWSKI, L. S.; WAGNER, A. O envolvimento parental após a separação/divórcio. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 289-298, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n2/v23n2a11.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estatísticas do registro civil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9110-estatisticas-do-registro-civil.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 19 ago. 2019.

- LEWIS, C. O pai no contexto familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, [Brasília, DF], v. 15, n. 1, p. 009-016, jan./abr. 1999.
- LIEBLICH, A.; TUVAL-MASHIACH, R.; ZILBER, T. *Narrative research: reading, analysis and interpretation*. London: Sage Publications, 1998. (Applied Social Research Methods Series, v. 47).
- MACEDO, R. M. S. de; CEZAR-FERREIRA, V. A. da M. A paternidade contemporânea em face da separação e do divórcio. In: MOREIRA, L. V. de C.; RABINOVITCH, E. P.; ZUCOLOTTI, P. C. S. do V. (org.). *Paternidade na sociedade contemporânea: o envolvimento paterno e as muçanças na família*. Curitiba: Juruá, 2016. p. 257-272.
- MACHADO, P. M. *Cultura, afeto e narrativas: os caminhos semióticos da paternidade no contexto da separação conjugal*. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/24383/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20FINAL.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- MORRISON, D. R.; CHERLIN, A. J. The divorce and young children's well being: a prospective analyses. *Journal of Marriage and the Family*, Menasha, v. 57, n. 3, p. 800–812, 1995.
- SOUZA, K. S. M. de; SMEHA, L. N.; AREND, J. C. A relação entre pai e filho(s) após a separação conjugal. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 37, p. 7-29, jul./dez. 2012.
- VALSINER, J. *Fundamentos da psicologia cultural: mundos da mente, mundos da vida*. Tradução de Ana Cecília de Sousa Bastos. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- VALSINER, J. Process Structure of Semiotic Mediation in Human Development. *Human Development*, Basel, v. 44, n. 2/3, p. 84-97, Mar./Jun. 2001. Disponível em: [http://lchc.ucsd.edu/mca/Mail/xmcamail.2006\\_10.dir/att-0271/00-Process\\_structure\\_Valsiner.pdf](http://lchc.ucsd.edu/mca/Mail/xmcamail.2006_10.dir/att-0271/00-Process_structure_Valsiner.pdf). Acesso em: 26 jul. 2015.
- VALSINER, J.; LAWRENCE, J. A. Human development in culture across the life span. In: BERRY, J. W. et al. (ed.). *Handbook of crosscultural psychology*. 2. ed. Boston: Allyn & Bacon, 1997. p. 69-106.
- WARPECHOWSKI, A.; MOSMANN, C. A experiência da paternidade frente à separação conjugal: sentimentos e percepções. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 247-260, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v20n1/v20n1a18.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2015.
- ZITTOUN, T. Tools for Living: Transcending Social Limitations. In: VALSINER, J. (ed.). *The Oxford Handbook of Cultural Psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2012. p. 511–535.



# 23

## (RE)NASCER NÃO É IGUAL PARA TODOS: CATALISAÇÃO E AUTORREGULAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DO *SELF*

Elsa de Mattos

Qual o mecanismo através do qual a pessoa em transição atualiza uma determinada trajetória de desenvolvimento após sofrer uma descontinuidade na relação com seu ambiente? Este capítulo analisa, desde a perspectiva da *Psicologia Semiótico-Cultural* (CABELL, 2010, 2011; VALSINER, 2007, 2009a, 2009b; VALSINER; CABELL, 2012; ZITTOUN, 2007, 2009), o processo pelo qual, após uma ruptura no sistema do *self*, uma pessoa busca reorganizar sua dinâmica interna, em meio à multiplicidade de alternativas possíveis. Mais especificamente, busca-se explicitar os mecanismos pelos quais uma ruptura no sistema do *self* origina um processo de auto-organização desse sistema que pode levar à emergência de uma nova trajetória desenvolvimental. Essa ideia, metaforicamente, remete-se ao ato de **(re) nascer**, pois uma nova trajetória representa uma nova possibilidade de ser, de (re) inventar-se a si mesmo, de experimentar a vida, e se encontra afinada à perspectiva proposta nesse livro.

Para desenvolver essa ideia será apresentado um estudo de caso único, discutindo, desde a perspectiva da Psicologia Semiótico-Cultural, (CABELL, 2010, 2011; VALSINER, 2007, 2009a, 2009b; VALSINER; CABELL, 2012; ZITTOUN, 2007, 2009) como o processo de catalisação pode facilitar a emergência de reguladores semióticos – em especial de signos promotores – no sistema do *self* de um jovem. Para finalizar, conclui-se mostrando como tal transformação significativa na experiência de vida deste jovem, capaz de originar uma nova configuração de posicionamentos

de si e um novo direcionamento da sua trajetória desenvolvimental, pode ser considerada uma forma de (re)nascimento ou uma (re)invenção do *self*.

## ESTUDO DE CASO

Este estudo de caso único de caráter longitudinal qualitativo aborda a experiência de vida do jovem João Pedro (JP) no período que vai dos 16 aos 23 anos. O foco da investigação foram as rupturas e continuidades que emergiram no sistema do *self* do jovem tomando como referência a perda sofrida com o adoecimento e morte de sua mãe, vítima de câncer (um processo muito rápido, que durou aproximadamente 4 meses). O estudo toma como referência a configuração do sistema do *self* de JP antes, durante e depois desta ruptura. A coleta de dados foi feita através de entrevistas em profundidade realizadas em três momentos distintos (antes da morte da mãe de JP, pouco tempo depois da morte dela e um ano após esse momento). A análise aqui proposta consiste, primeiramente, na **síntese do caso**, considerando três momentos. Em seguida, é realizada a análise, desde a perspectiva da Psicologia Cultural-Semiótica, identificando das principais tensões entre posicionamentos e vozes que se apresentam em cada momento e delimitando as dinâmicas de transformação em curso. Por fim, ressalta-se a descrição do mecanismo pelo qual o jovem realizou uma nova síntese qualitativa no âmbito do *self*. Na conclusão e considerações finais serão feitas elaborações acerca deste processo. Esta análise pretende fazer avançar a concepção acerca do papel do contexto e das ambivalências que se apresentam em determinados pontos de bifurcação na trajetória de vida da pessoa, entendendo sua função catalisadora na emergência de processos de autorregulação e na configuração de uma nova versão do *self*, aprofundando a compreensão do papel destes processos no direcionamento da trajetória desenvolvimental de JP.

## SÍNTESE DO CASO DE JOÃO PEDRO

A síntese do caso focará em três momentos da vida do jovem JP:

- Antes da morte da mãe;
- Durante a doença e morte da mãe; e
- Um ano após a morte da mãe.

### *1º momento: Antes da morte da mãe*

JP foi inicialmente contatado quando tinha 17 anos e participava de um projeto social voltado para a inserção de jovens de comunidades populares no mundo do

trabalho como jovens aprendizes. Este projeto, desenvolvido por uma Organização Não Governamental (ONG) sediada em Salvador, fornecia uma formação inicial intensiva de quatro meses em turno oposto à escola. Após a formação inicial, JP foi contratado como aprendiz em uma empresa de médio porte, contando com carteira assinada e todas as garantias trabalhistas. Ele foi acompanhado por educadores do projeto, através de encontros mensais, durante catorze meses, até o final do contrato de aprendizagem. Durante todo esse período, o jovem residia com sua mãe e padrasto, era muito ligado à família, especialmente à mãe e à avó materna. A família materna (avó, tios e tias) era muito próxima, morando em casas vizinhas a sua e interagindo continuamente no cotidiano. JP tinha uma irmã quatro anos mais velha que residia com a avó, fruto de uma primeira relação da mãe do jovem. JP não conheceu seu pai até os oito anos de idade, quando foi apresentado a este pelo padrasto e com quem teve alguns encontros esporádicos. Durante a adolescência, JP moveu uma ação judicial de reconhecimento de paternidade e buscou obter pensão alimentícia do pai. O processo durou aproximadamente cinco anos e só foi concluído quando JP tinha 18 anos. Desde criança, JP frequentava a religião das Testemunhas de Jeová, que era também a religião de sua avó e tios mais próximos, indo regularmente aos encontros na igreja e atuando como propagador da religião, visitando casas de vizinhos para falar sobre as Testemunhas de Jeová e convidar os ouvintes a participar dos cultos.

Ao final do contrato de aprendizagem, JP, então com 18 anos, foi contratado pela empresa onde atuou como aprendiz e passou a estudar à noite para conciliar seu horário de trabalho com os estudos (ele cursava Ensino Normal Superior<sup>1</sup> em uma escola pública). JP sempre gostou de estudar e tinha uma boa relação com professores e colegas de escola, o que facilitava seu aprendizado e rendimento escolar. Nesta época, seu sonho era ser professor de escola pública, onde pretendia lecionar História. No entanto, quando começou a trabalhar na empresa em tempo integral, ficou muito envolvido e dedicado ao trabalho e isso prejudicou um pouco seus estudos. O jovem chegou a ocupar um cargo de chefia na empresa por quase oito meses e desenvolveu uma relação muito próxima com o gerente regional que era seu supervisor direto. Uma relação de confiança mútua se estabeleceu entre ambos e o supervisor desenvolveu muitas expectativas em relação ao desempenho e crescimento profissional de JP.

Com o passar do tempo, no entanto, JP decidiu pedir demissão da empresa e permanecer estudando em tempo integral, atuando como estagiário para concluir o curso Normal e fazendo cursinho pré-vestibular à noite em uma ONG, para fazer vestibular na Universidade Federal da Bahia. Sua ideia era retomar seu sonho de ser

---

1 Curso superior de graduação, na modalidade licenciatura, que tem por finalidade formar professores aptos a lecionar na educação infantil e no Ensino Fundamental.

professor e, para isso, era necessário continuar estudando e entrar na universidade. Sua mãe o apoiou na sua decisão de continuar estudando e entrar na faculdade, mas seus tios e a avó foram contra sua escolha, pois consideravam que o melhor para ele seria permanecer trabalhando na empresa. No entanto, a relação de proximidade e confiança com a mãe fez com que JP assumisse o desejo de cursar a universidade e corresse atrás do seu sonho de ser professor. Sobre essa relação com sua mãe, JP comentou que ela era ao mesmo tempo mãe e pai na vida dele.

No final do ano, JP passou no vestibular para três faculdades (duas públicas e uma particular) e decidiu permanecer como estudante em tempo integral, cursando as três universidades simultaneamente, frequentando os cursos de Pedagogia, Ciências Sociais e História. Contou novamente com o apoio da mãe nessa decisão, sabendo que ainda tinha algumas economias guardadas desde o período em que estava trabalhando na empresa e havia poupado uma parte de seu salário. Além disso, contava com um financiamento do Governo Federal para cursar a universidade particular. Nesse período, também, obteve o reconhecimento de paternidade no processo que tramitava na Justiça e pleiteou uma pensão alimentícia de R\$ 100,00 (cem reais) de seu pai, que lhe ajudou a custear o deslocamento para as universidades e materiais educativos. No entanto, embora tenha conseguido o reconhecimento da paternidade, não desenvolveu uma relação de proximidade com seu pai. Durante algum tempo, ficaram um pouco mais próximos, mas quando ele solicitou a pensão alimentícia, houve um afastamento total do pai. A relação com o padrasto havia sido mais próxima na infância, mas nesse momento enfrentava um desgaste em função de uma separação temporária da mãe, que só foi realmente esclarecida muito tempo depois, após a morte da mãe.

Quando JP estava cursando o pré-vestibular, sua mãe e padrasto adotaram uma criança – uma menina – com quem JP passou a ter uma forte relação afetiva. Essa criança chegou à casa da família de JP ainda um bebê de colo e logo recebeu atenção e cuidados de toda a família, especialmente de JP, da mãe e da avó.

## *2º momento: Adoecimento e morte da mãe*

Cursando três faculdades e sem trabalhar, JP foi surpreendido com o processo de adoecimento da mãe, acometida por um câncer que rapidamente alcançou gravidade máxima, que a levou a falecer quatro meses após o diagnóstico. Em meio a um processo de muito sofrimento físico da mãe e com dificuldades para obter tratamento adequado no sistema de saúde pública, JP teve que assumir praticamente sozinho os cuidados com a mãe doente, se mobilizando para conseguir guias de atendimento médico e levar a mãe para o tratamento e internamento em hospitais públicos. Além do cuidado com a mãe, JP também se ocupava dos cuidados

com a irmã pequena, que era muito apegada a ele e à mãe. Quando a mãe recebeu o diagnóstico médico, ambos ficaram em estado de choque com a notícia de que ela iria morrer em breve. O médico que deu o diagnóstico foi muito direto em relação ao assunto, dizendo: “*Olhe, você não tem mais jeito, você vai morrer*”. O choque foi tão grande que a mãe de JP teve imediatamente uma crise, saiu do hospital usando cadeira de rodas e ficou tão abalada que seu estado geral de saúde piorou bastante depois disso. Mas JP procurava manter certa tranquilidade, tentando ao máximo não se abater completamente, demonstrando força diante da situação e mesmo buscando alegrar um pouco a mãe, pois sabia que ela necessitava muito de seu apoio naquele momento. A mãe de JP ficou internada algum tempo, mas passou também um período em casa recebendo cuidados principalmente do filho, período em que sentia muitas dores e necessitava de cuidados paliativos. Nesse período, eles se mudaram para a casa da avó materna, de forma a facilitar os cuidados com a mãe e com a irmã pequena. O padrasto de JP não se mudou para a casa da avó e afastou-se da família naquele momento tão difícil. JP se decepcionou muito com esse comportamento do padrasto.

Em meio a todas as dificuldades, JP tentou dar continuidade aos estudos nas três universidades e não abandonou os cursos. Nesse período, ele já havia se afastado bastante da religião das Testemunhas de Jeová e, na universidade pública, começou a se aproximar de um grupo de jovens ligado ao movimento de afirmação do negro e engajado em prol da tolerância religiosa junto aos terreiros de candomblé de Salvador. Essa proximidade levou JP a contatar uma mãe de santo, indicada por uma colega de faculdade que, sabendo do sofrimento pelo qual passava sua mãe e de todas as dificuldades enfrentadas pelo jovem, sugeriu que ele procurasse a ajuda do candomblé, recorrendo a essa religiosa que liderava uma comunidade localizada numa cidade do interior do estado da Bahia. JP concordou em solicitar ajuda, mas sabia que não poderia se deslocar até a outra cidade para visitar a comunidade, pois estava muito envolvido com os cuidados da mãe doente. Ele decidiu, então, falar com a mãe de santo e fazer uma “consulta” pelo telefone. Considerando a situação de JP, cuja mãe já estava em estado terminal, a mãe de santo concordou em fazer a “consulta” por telefone – o jogo de búzios.<sup>2</sup> Esta “consulta” transcorreu através de um diálogo por telefone e a mãe de santo comentou com JP sobre diversas coisas que já haviam acontecido na vida dele (p.ex.: a ausência do pai biológico), assim como de problemas que ele estava enfrentando naquele momento, e coisas que ainda iriam acontecer, relacionadas, sobretudo, à doença e morte iminente da mãe dele. A mãe de santo convidou JP para ir ao terreiro assim que fosse possível. Sobre

---

2 Prática divinatória própria da religião do candomblé que tem por finalidade a identificação do orixá que protege a pessoa e guia suas ações, assim como identificação de problemas no plano espiritual e material, com a indicação de possíveis soluções.

esse aspecto, JP comentou que a mãe de santo “*contou os detalhes da minha vida. Assim, para frente e para trás*”.

A conversa ao telefone mobilizou imensamente o jovem, que ficou afetivamente muito impressionado com diversas colocações feitas pela mãe de santo, refletindo bastante sobre tudo que ela havia dito e considerando se realmente continham algo de verdadeiro ou não. Com o passar do tempo, muitas coisas sobre as quais a mãe de santo falou realmente vieram a ocorrer, tais como, a morte da mãe, a dificuldade de relacionamento com a família, as responsabilidades que teria de assumir, entre outras coisas.

Antes de morrer, a mãe de JP teve muitas conversas com ele e lhe fez uma série de recomendações e pedidos. Um deles foi que ele tomasse conta das irmãs, especialmente da mais nova. Ela pediu que JP, então com 19 anos de idade, assumisse a criação da criança como se fosse o pai e a mãe dela. A morte da mãe de JP veio a ocorrer pouco depois da consulta que ele teve com a mãe de santo por telefone (aproximadamente um mês depois), e colocou o jovem em uma situação de muita fragilidade emocional e de tristeza profunda. Uma situação de confusão emocional tomou conta dele, paralisando o jovem diante das diversas responsabilidades que teve de assumir: morte da mãe, mudança de casa (que ocorreu ainda quando a mãe estava viva – para a casa da avó materna), rompimento com o padrasto, cuidados com a irmã pequena, retomada dos estudos, pedido de pensão de seguridade social da mãe, entre outras coisas. Enfim, diversas responsabilidades tomaram conta do cotidiano de JP e, em meio a esse processo, a família dele (avó, tias e tios) começou a pressioná-lo para largar os estudos e voltar a trabalhar em tempo integral. JP se recusou a tomar esse caminho, decidindo permanecer estudando, mas sabendo que iria enfrentar muitas dificuldades. Além disso, havia muita demanda para que ele cuidasse da irmã menor, pois ela só queria ficar ao lado dele, só dormia com ele, só se alimentava com ele etc. O padrasto, que havia se afastado da casa quando a mãe de JP adoeceu, vendeu todos os móveis da casa em que moravam e gastou o dinheiro que pertencia à mãe dele. Nesse momento, JP decidiu romper definitivamente com o padrasto, pois a relação que já era difícil se tornou insustentável, a partir do comportamento adotado por este durante a doença da mãe e após a morte dela.

### *3º momento: Após a morte da mãe*

Todas estas dificuldades levaram JP a procurar novamente a mãe de santo na cidade do interior onde ela residia. Ele decidiu ir até o terreiro para “*se tratar*” e, chegando lá, ficou fascinado com o local, com o espaço físico, que “*embora simples, tinha uma força muito grande*”, segundo as palavras dele. JP ficou muito tocado com a proximidade que havia com a natureza, com a mata, com o chão de barro, e com uma

entidade conhecida como “Caboclo Eru”,<sup>3</sup> que estava no terreiro. Em sua primeira visita, o fascínio foi tão grande que ele chorou muito e entrou em transe. Sobre esse momento, JP conta que “*fiquei fascinado, [...] era uma força tão grande, uma coisa que eu tive. Eu me encontrei naquele momento, eu chorei muito... e depois, na festa, eu bolei*”.<sup>4</sup> Desde essa visita inicial, JP passou a frequentar regularmente os cultos daquela comunidade religiosa, todos os finais de semana, especialmente os cultos coletivos, aproximando-se cada vez mais das crenças e valores do candomblé. A cada visita que fazia ao terreiro, a mãe de santo o presenteava com uma conta, que JP ia juntando para fazer um colar, e guardava todas cuidadosamente escondidas de sua família. A proximidade com o terreiro fez com que JP se aproximasse também da mãe de santo e da família dela, especialmente da irmã dela e do filho, que passaram a ser como “padrinhos” dele no candomblé. Toda vez que ia para o interior, ele ficava hospedado na casa da mãe de santo e passou a achar que ela o tratava como uma espécie de “filho adotivo”.

JP sabia que sua família, todos seguidores das Testemunhas de Jeová, se opunham fortemente à religião do candomblé e, portanto, começou a levar uma vida paralela, sem dar satisfações a ninguém a respeito de onde estava e com quem estava. Esse comportamento logo levantou suspeitas na avó e tios, que começaram a desconfiar que JP estava praticando algo proibido e passaram a monitorá-lo e perguntar bastante sobre o que ele estava fazendo fora de casa. De certa forma, a família já desconfiava que se tratava do candomblé, que era considerado por eles algo proibido, uma “*coisa do diabo*”.

Um dia, quando JP voltou para casa de uma festa, sua avó havia vasculhado seu armário e encontrado as contas que estavam escondidas, confirmando a suspeita de que ele estava frequentando a religião do candomblé. Ela havia quebrado as contas sagradas e arrumou as roupas de JP em cima da cama em que ele dormia. Esse movimento da avó foi interpretado pelo jovem como um ato de recusa da mesma em continuar a tê-lo morando na casa dela. JP considerou que o comportamento da avó foi um desrespeito muito grande em relação à privacidade dele. Após uma forte discussão entre ambos, JP deixou a casa da avó, indo para a casa de uma amiga. Esse movimento representou um rompimento com a família, avó e os tios, que ele sabia que também compartilhavam da mesma opinião dela e não aceitavam que ele frequentasse aquela religião que eles demonizavam – o candomblé. Ele considerava que os tios haviam influenciado sua avó a tomar essa atitude radical. Sobre esse momento, JP comenta: “*Foi um desrespeito muito grande ela [a avó] ter invadido meu guarda-roupa, ter quebrado algo que era sagrado para mim. Aí ficou muito*

3 Entidade típica de alguns terreiros de candomblé da Bahia, com características que associam elementos indígenas.

4 Expressão usada na religião do candomblé para significar que a pessoa entrou em transe e caiu desacordada.

*nítido que ela já não me queria mais lá [na casa dela]. Então, eu rompi [com a avó e com a família]”.*

JP passou alguns dias na casa da amiga e depois procurou uma tia que morava sozinha (outra irmã de sua mãe, não muito próxima da família, e que também não era Testemunha de Jeová), passando a morar com ela, dividindo o aluguel da casa. Esse período também foi muito difícil para o jovem, pois ele teve que passar a cuidar sozinho de suas coisas, lavar sua própria roupa, fazer sua comida e arrumar a casa, pois a tia trabalhava fora e não tinha tempo para cuidar das coisas dele. Em relação a esse período ele diz: *“Talvez o momento mais complicado da minha vida tenha sido esse, depois que minha mãe faleceu, o momento que eu realmente percebi que estava só. Foi quando eu saí de casa [da casa da avó]”.*

Ao mesmo tempo, a relação de JP com a religião do candomblé foi se aprofundando. Ele decidiu fazer o ritual de iniciação,<sup>5</sup> que consiste em ficar recluso no terreiro por um período de aproximadamente um mês, cumprindo uma série de rituais especificamente voltados para os “iniciados”. Esta foi a primeira obrigação religiosa realizada por JP e marcou sua entrada no candomblé, adquirindo um novo *status* e papel no terreiro que frequentava. Depois de concluído este primeiro ritual, JP passou a pertencer à comunidade, permanecendo ligado a este terreiro específico e realizando obrigações ritualísticas com certa periodicidade. Estas obrigações religiosas têm por objetivo confirmar seu pertencimento à comunidade e sua adesão à religião do candomblé.

Com o passar do tempo, JP foi retomando sua rotina, voltando a frequentar as três faculdades e fez uma seleção para trabalhar temporariamente em um órgão do Governo do Estado. As dificuldades com sua família foram sendo lentamente superadas, especialmente a relação com a avó, com quem, após um tempo, voltou a falar e a frequentar a casa. Depois de algumas conversas com a avó, ela lhe revelou que havia sido muito pressionada pela família (tios) para tomar a atitude radical de expulsá-lo de casa, pois achou que ele ia sair e depois voltar, ou que pediria para ficar. Mas isso de fato não ocorreu. A avó também revelou a JP que o pai dela (bisavô de JP) havia sido um babalorixá,<sup>6</sup> e que ele era muito violento com a família. Dessa forma, ela achava que ele era violento porque tinha esta ligação com o candomblé e passou a não gostar dessa religião.

5 O ritual de iniciação no candomblé corresponde à “feitura do santo”, representando o **renascimento simbólico** da pessoa para a vida, para uma nova comunidade, recebendo, inclusive, um **novo nome** – IAÔ –, pelo qual passará a ser chamada dentro da comunidade do candomblé. Esse ritual tem duração aproximada de 21 dias de reclusão e nesse período são realizados banhos de folha, alimentação específica, rezas, danças e oferendas ao orixá. É feita a raspagem da cabeça e o iniciado recebe uma série de artefatos simbólicos próprios da religião, tais como roupas, colar de contas, entre outros.

6 Posto mais elevado na hierarquia do candomblé, correspondendo ao pai de santo ou mãe de santo.

Sobre esse momento de sua vida, JP considera que a morte de sua mãe foi um verdadeiro ritual de passagem para a vida adulta, pois ele teve que começar a cuidar de si mesmo e de outras pessoas (da própria mãe, da irmã mais nova) e também passou a assumir diversas responsabilidades que antes não tinha. A mudança de religião, a nova espiritualidade, também o fez olhar muito para dentro de si mesmo, para se conhecer e conhecer uma nova vida, algo que representou um renascimento para ele, após ficar recolhido. Sobre esse aspecto, ele conta:

*O homem tem um ritual de passagem para a vida adulta, não é? E eu acho que a morte de minha mãe foi esse meu ritual, assim, quando eu me vi só. E saber que hoje eu dependo de mim e somente de mim e que, talvez, pra frente, outras pessoas dependam de mim [...], eu já comecei a ver a vida de outra forma. Depois [desta] grande mudança, assim, tudo você vê com mais responsabilidade: moradia já é um problema, transporte já é um problema que você se preocupa, alimentação, porque não eram coisas que eu me preocupava [antes], porque eu sabia que, se eu não tivesse [meu próprio dinheiro], eu tinha minha mãe ali. E aí a grande mudança foi isso. Depois, a espiritualidade, não é? Porque eu comecei a olhar para mim muito mais, eu me encontrei realmente nesse tipo de religiosidade ligada à natureza... Eu não posso duvidar porque é uma coisa que acontece no meu corpo, então eu sinto todos os processos. Porque sou eu que recebo o santo, então essa mudança..., além dessa mudança [da morte] de minha mãe, [eu] ter ficado recolhido, foi uma mudança muito grande, porque quando você volta, você renasce.*

## ANÁLISE DO CASO

Nessa sessão, o caso será analisado desde uma perspectiva dialógica, a partir da psicologia cultural-semiótica, (CABELL, 2010, 2011; VALSINER, 2007, 2009a, 2009b; VALSINER; CABELL, 2012; ZITTOUN, 2007, 2009) destacando-se o mecanismo de transformação do *self* de JP, enfatizando as principais tensões entre posicionamentos e vozes que se apresentam em cada momento da vida do jovem.

A perspectiva da psicologia semiótico-cultural considera o sistema psicológico como um sistema de produção de significações sobre experiências. Esse sistema envolve mediações semióticas através das quais a pessoa cria e recria sua experiência de vida. Cabell (2010, 2011) ressalta que o termo “mediação semiótica” é, na verdade, uma concepção genérica que “[...] se refere a uma série de dispositivos que possibilitam à pessoa cultivar e ativamente modificar seu espaço vital”. (CABELL, 2010, p. 26-27, tradução nossa) A pessoa está, portanto, em desenvolvimento constante, transformando-se continuamente, em meio a processos de mediação semiótica.

Nessa linha, Zittoun (2007, 2009) sugere que os processos de desenvolvimento podem ser compreendidos desde a perspectiva da ruptura-transição. Nesta abordagem, as rupturas assinalam uma descontinuidade ou um colapso na maneira como a pessoa funciona no seu ambiente e as transições correspondem à busca

por uma reorganização da experiência interna e externa, de forma a promover uma continuidade na experiência de vida da pessoa. Após uma ruptura, portanto, a pessoa busca estabelecer uma nova dinâmica de funcionamento, mediante a utilização de processos semióticos que operam uma reorganização do seu sistema do *self*. Em tais processos de ruptura-transição a mediação semiótica tem um papel fundamental.

Os catalisadores atuam de forma indireta nos sistemas psicológicos, fornecendo as condições de suporte necessárias à emergência e atuação dos reguladores semióticos. Já estes últimos atuam inibindo ou promovendo o desenvolvimento do sistema psicológico. Os processos de catalisação e regulação semiótica, entretanto, ainda são pouco estudados sistematicamente. Este capítulo busca oferecer, portanto, uma contribuição nesse sentido.

De acordo com Valsiner (2007), catalisadores semióticos podem assumir várias formas distintas, a saber: signos tipo ponto, signos tipo campo ou signos hipergeneralizados. Eles introduzem novos sentidos no sistema do *self* e atuam no contexto dos processos psicológicos, fornecendo as condições ou recursos necessários para a emergência da novidade, canalizando determinados tipos de condições ou recursos dos quais a pessoa vai poder dispor (ou fazer uso) em determinada situação. Um catalisador semiótico pode ser, por exemplo, uma palavra (catalisador tipo ponto), ou um posicionamento, ou um conjunto de posicionamentos (catalisador tipo campo), ou até mesmo uma situação, ou um contexto, como a psicoterapia ou uma comunidade religiosa, por exemplo (catalisador coletivo hipergeneralizado), nos quais diversos dispositivos são estrategicamente utilizados visando a facilitar e a promover a mudança de perspectiva da pessoa diante de dificuldades ou problemas que ela enfrenta.

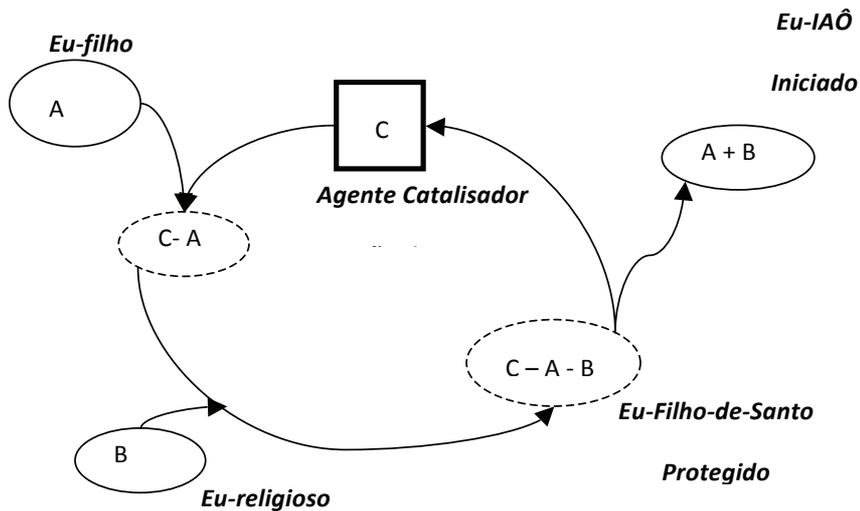
### *Mecanismo de transformação do self de JP*

Para compreender os processos que produzem uma mudança qualitativa no sistema do *self* de JP – catalisação e autorregulação –, é fundamental partir do sistema de configuração das relações entre posicionamentos e vozes presentes no sistema do *self*, conforme destaca a perspectiva da psicologia cultural-semiótica. Ambos os processos – catalisação e autorregulação – são de natureza semiótica: ou seja, se utilizam dos elementos semióticos – signos, vozes, posicionamentos –, presentes no sistema do *self*, para manutenção e transformação deste sistema, enquanto simultaneamente organizam o fluxo da experiência pessoal.

Nesse âmbito, o *self* opera autorregulações a partir de (e inserido em) sistemas catalisadores. Com o apoio dos catalisadores, utilizando-se das condições especialmente criadas pelos catalisadores, os componentes do *self* (posicionamentos)

realizam processos de natureza semiótica para se criar e recriar a si mesmos (e ao próprio sistema do *self*), enquanto lidam com a novidade da experiência.

FIGURA 1 – Processo de catalisação semiótica de componentes do sistema do *self*



Fonte: Mattos (2013).

O “modelo” da catalisação será aqui utilizado para pensar as mudanças que se operam na configuração do *self* de JP. Ao longo dos três momentos investigados, o *self* de JP passa por uma reconfiguração na qual os elementos iniciais do sistema sofrem uma considerável transformação e geram uma nova identidade do jovem. O que se vê na trajetória de ruptura-transição (ZITTOUN, 2009) que JP atravessa é que, a partir de uma ruptura específica – o adoecimento e morte da mãe –, dois componentes centrais do seu sistema de *self*, (A) = Eu-Filho e (B) = Eu-Religioso, vão sofrer a ação de um agente catalisador e, mediante um processo de síntese qualitativa, produzem uma reconfiguração do *self*, uma nova versão do *self* do jovem – o Eu-IAÔ (jovem iniciado), que emerge a partir da síntese de (A) + (B). Na experiência de vida de JP, o agente catalisador que vai servir de contexto e fornecer as condições necessárias à síntese qualitativa é, em um nível mais amplo, a religião do candomblé (com seus valores, crenças e rituais específicos), e, em um nível mais restrito, a figura da mãe de santo.

Através da atuação da mãe de santo, de sua entrada na vida de JP utilizando as práticas específicas da religião do Candomblé, diversos dispositivos são colocados à disposição de JP, facilitando a operação semiótica no campo do *self*, produzindo uma nova versão do *self*, mais fortalecida e apta a atuar diante de sua realidade.

Cada um destes dispositivos (aos quais voltaremos mais tarde) desempenha uma função específica, atuando ora no plano espiritual, ora no plano físico-simbólico, de forma a possibilitar a síntese que vai produzir a nova identidade de JP (o Eu-IAÔ iniciado), por meio da qual ele se identifica e é identificado (reconhecido) pela comunidade religiosa com seu santo-protetor, com seu orixá, adquirindo, assim, um novo *status*, uma nova versão do *self*.

Desta forma, na trajetória de vida de JP, o catalisador inicialmente opera uma ligação entre dois componentes centrais do *self*, dando origem uma metaposição: Eu-Filho de Santo (C-A-B). A partir desta metaposição, construída após o momento de ruptura em sua vida, é que JP vai poder “costurar” as bordas do corte que foi estabelecido no campo do *self*, produzindo um novo *self* e dando continuidade a um sentido de si mesmo e ao fluxo de sua experiência de vida, à sua trajetória de vida. Esta metaposição é que realiza a operação de “costura simbólica” dos elementos do *self* (posicionamentos) que vão permitir a continuidade do *self* após a ruptura. Ela tem a função de “capturar” elementos significativos pertencentes a dois posicionamentos centrais na configuração anterior do *self* de JP, construídas ao longo de toda a sua vida e de suas relações afetivas com a família e com a comunidade religiosa à qual pertencia – as Testemunhas de Jeová. Os elementos centrais, constitutivos do *self*, os posicionamentos Eu-Filho (componente A) e Eu-Religioso (componente B), vão ser resgatados e *abduzidos* (ou *elevados*) na direção de um “salto” para o futuro de JP, no qual ele se (re)configura como uma nova pessoa, como um filho qualitativamente diferente (filho de santo) de uma mãe qualitativamente diferente (mãe de santo) e com uma característica – a religiosidade – também qualitativamente diferente, associada agora ao “santo”, ao “orixá”, entidades pertencentes à religião do candomblé.

Uma abdução dessa natureza direciona JP para um *self* imaginado, suposto, projetado mais além do aqui-agora, mas já de certa forma (pré)sentido, experimentado, por meio da emoção repentina que tomou conta dele e o deixou “fascinado”, quando ele entrou em estado de transe na primeira visita que fez ao terreiro e, também, quando participava das festas que lá ocorriam.

O que é projetado no futuro – e que ele vai realizar somente depois do ritual de iniciação – é sua nova identidade: o Eu-IAÔ-iniciado (o componente AB da Figura 1). Esta só emerge quando JP “renasce” no plano simbólico, após a iniciação religiosa. Mas esta identidade nova já está contida – como uma projeção futura – no posicionamento como Eu-Filho de Santo, componente intermediário da síntese catalítica. Ele funciona como uma projeção do *self* de JP no futuro, pois ainda não se realizou, ainda não é, está em processo de tornar-se, está como um horizonte possível, como um vir-a-ser.

Desde a perspectiva da metaposição, como Eu-Filho de Santo, JP consegue ter um distanciamento de sua experiência de vida que lhe permite ver e capturar, ou

“costurar”, elementos significativos do *self* do passado, promovendo uma integração entre eles, pois o Eu-Filho (A) e o Eu-Religioso (B) integram-se formando algo qualitativamente diferente, o Eu-Filho de Santo (C-A-B). Ao mesmo tempo, no entanto, estes elementos (integrados) são projetados no futuro, em um novo posicionamento identitário que ainda não se realizou, mas que pode ser vislumbrado num horizonte possível. Assim, desde a perspectiva desta metaposição, Eu-Filho de Santo, JP pode experimentar um pouco de algo que ele ainda não é, mas que pode tornar-se. Essa “costura” de elementos (posicionamentos) do passado com elementos (posicionamentos) do futuro (ainda não realizados) é possível no presente através da emergência da metaposição, por meio da qual se opera uma reconceitualização da experiência no plano simbólico. De acordo com Cunha, Gonçalves e Valsiner (2011), uma reconceitualização refere-se a um posicionamento alternativo assumido pela pessoa diante de um problema que é capaz de gerar uma mudança duradoura, uma verdadeira reconfiguração no sistema do *self*, favorecendo uma nova percepção acerca do problema. Na reconceitualização, a pessoa mostra que tomou consciência da transformação que está acontecendo no *self*, comparando situações passadas e presentes, indicando o que se modificou de um momento para o outro.

De acordo com a perspectiva da psicologia semiótico-cultural, podemos pensar que a emergência da metaposição Eu-Filho de Santo possibilitou a criação de um campo semiótico regulador do sistema do *self* de JP. Esse campo atua no sentido de “alimentar prospectivamente” as ações do jovem, tanto no presente quanto no futuro – dando a elas um sentido afetivo pessoal e direcionando sua trajetória desenvolvimental para a síntese catalítica transformadora. Essa metaposição não apenas organiza e integra os demais posicionamentos, mas também estabelece um campo de expectativas de ação futura, configurando uma pré-adaptação às situações desconhecidas e incertas emergentes na vida. Nesse sentido, é possível compreender o papel desempenhado pela metaposição Eu-Filho de Santo como sendo um signo promotor do desenvolvimento.

De acordo com Valsiner (2004), um signo pode ser visto como promotor porque forma um campo semiótico que alimenta prospectivamente as ações da pessoa, tanto no presente quanto no futuro – dando a estas ações uma orientação afetiva pessoal. Ou seja, um signo utilizado no presente captura algo do passado e “projeta” imaginariamente no futuro, fazendo com que a pessoa dê um “salto” do passado para o futuro, a partir do momento presente. Outra maneira de ver isso é pensar que o signo promotor emerge no presente e constrói uma ponte de sentido entre o passado e o futuro, projetando a pessoa em direção ao futuro. Nessa linha, Hermans e Hermans-Kanopka (2010) também ressaltam que os signos promotores podem atuar como posições promotoras (*promoter I-Positions*). São signos que orientam a pessoa na direção de um leque de possíveis construções futuras,

abrindo o campo da experiência para uma variedade de caminhos ou trajetórias possíveis de serem seguidas. Nessa linha, o regulador semiótico é visto como promotor porque orienta a pessoa na direção de um campo de possibilidades que não estão determinadas, fechadas, especificadas antecipadamente

Na experiência de JP, o posicionamento como filho de santo atua como “promotor” do desenvolvimento porque abre um campo de novas possibilidades para JP e, ao mesmo tempo, dá um direcionamento à sua trajetória de vida, projeta o *self* em um futuro possível (p.ex.: o Eu-IAÔ que efetivamente só se realiza após o ritual de iniciação que ocorreu um tempo depois). Costurando elementos do passado com elementos futuros, imaginados, antecipados e canalizando as ações futuras, tal signo promotor atua através de campos afetivos que, lentamente, vão promovendo uma reconfiguração no sistema do *self*. Nesse sentido, a metaposição (C-A-B) eleva os posicionamentos (A) e (B) para um nível de abstração qualitativamente distinto e superior em relação àquele em que atuavam anteriormente.

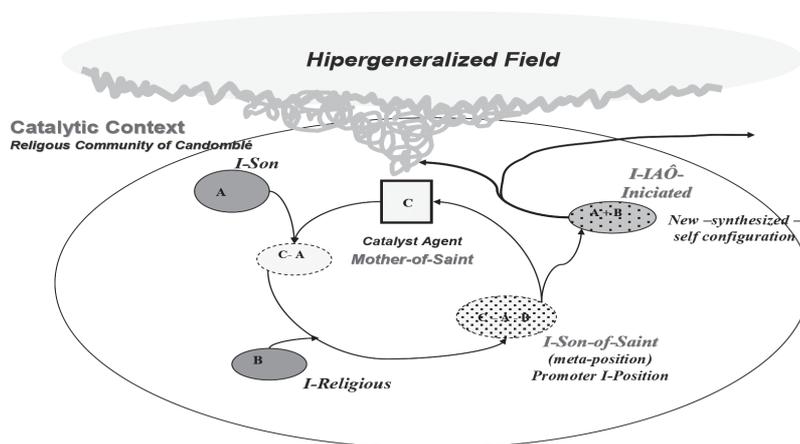
Na perspectiva da psicologia semiótico-cultural, pode-se perceber que a mãe de santo atua como um agente catalisador de mudanças, fornecendo as condições necessárias, os elementos necessários (mas não suficientes) para que uma mudança qualitativa se opere na configuração do *self* de JP. Isso porque o agente catalisador não causa a síntese qualitativa (não causa a emergência de uma nova versão no *self* de JP). No entanto, sua presença, sua atuação facilita sua ocorrência. Na Figura 2, é possível perceber que a mãe de santo, atuando desde o campo hipergeneralizado da religião do candomblé, fornece as condições necessárias – um tipo de apoio contextual necessário – que permitem a ocorrência da regulação semiótica (a operação semiótica) capaz de produzir novos resultados qualitativos, nesse caso, a transformação do *self*.

Conforme proposto por Valsiner e Cabell (2012), os catalisadores semióticos não causam a mudança no sistema. Eles facilitam sua ocorrência, pois contribuem para a emergência de reguladores semióticos que atuam na transformação do sistema do *self*, produzindo uma nova síntese qualitativa. Nesse sentido, o contexto da religiosidade do candomblé pode ser visto como um dispositivo semiótico que tem função catalisadora, atuando como um contexto favorável, fornecendo um pano de fundo propício aos processos de mudança. Nesse contexto, a mãe de santo tem papel central. No entanto, são os processos de autorregulação semiótica e dialógica que efetivamente operam a mudança significativa na configuração do sistema do *self* de JP. Sem a presença do dispositivo semiótico catalisador e do agente catalisador (mãe de santo), talvez a emergência dos reguladores semióticos não fosse possível de ocorrer na experiência de JP.

O ritual de iniciação no candomblé, corresponde à “feitura do santo”, representa o renascimento simbólico da pessoa para a vida, para uma nova comunidade,

recebendo, inclusive, um novo nome – IAÔ –, pelo qual passará a ser chamada dentro da comunidade do candomblé. Esse ritual tem duração aproximada de 21 dias e consiste na reclusão em um quarto escuro, no qual o iniciado toma banhos de folha e tem uma alimentação específica, além disso, rezas e danças são executadas, bem como oferendas ao orixá. É feita a raspagem da cabeça do iniciado e este recebe uma série de artefatos simbólicos próprios da religião, tais como roupas, colares de contas, entre outros.

FIGURA 2 – Agente catalisador e regulador semiótico em ação

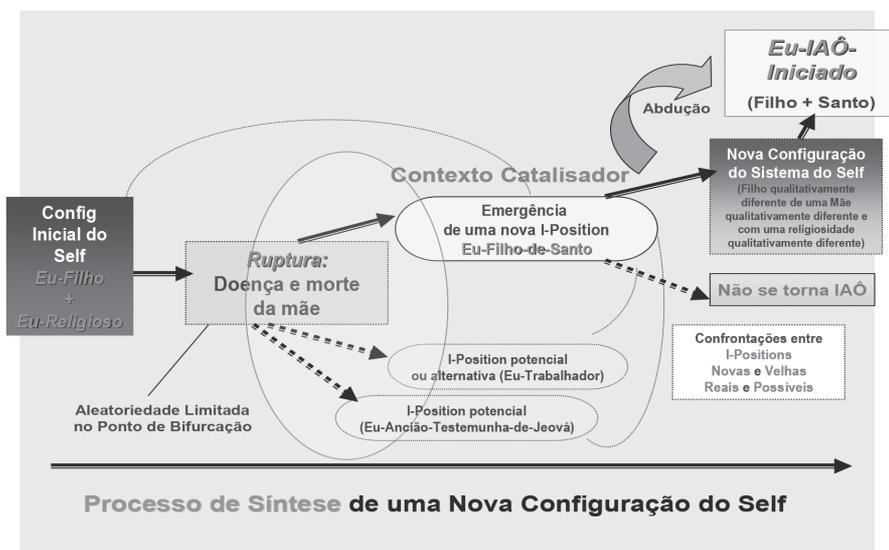


Fonte: Mattos (2013).

A trajetória de JP mostra que nascer ou (re)nascer não é igual para todos, é um ato singular e vivido por cada um como uma emergência relacionada ao tornar-se, ao vir-a-ser, à mudança, à transformação, que envolve uma orientação para o futuro. No ato de (re)nascer, como é marcante na trajetória de JP, se destaca uma diferenciação emergente da pessoa em desenvolvimento no tempo irreversível. O movimento do *self* envolve a construção de pontes de sentido entre o passado e o futuro, projetando o sistema do *self* em direção ao vir-a-ser. O Eu-Filho de Santo funciona como um signo promotor para a transformação mais duradoura que virá mais adiante como Eu-IAÔ, apontando para um novo campo de possibilidades na vida do jovem diante do vazio da perda vivida com a morte da mãe biológica. Nesse momento de transformação, a mãe de santo ganha destaque como agente catalisador, exercendo a função da mãe simbólica desse novo ser que emerge para o mundo com a iniciação religiosa e se (re)reinventa a si mesmo. Como mostra a Figura 3, essa (re)invenção de si mesmo, JP a faz no âmbito do próprio *self*, promovendo um movimento, em uma trajetória que está constantemente se bifurcando em outra, configurando um deslocamento de sentidos de si que se traduzem em novos

posicionamentos como filho de santo e Eu-IAÔ-Iniciado, envolvendo ativa imaginação e intensa migração de significados das relações que vai construindo com outros significativos e com sua realidade sociocultural.

FIGURA 3 – Diferenciação emergente na trajetória de desenvolvimento de JP



Fonte: Mattos (2013).

## REFERÊNCIAS

- CABELL, K. R. Catalysis: Cultural constructions and the conditions for change. *Journal of Integrated Social Sciences*, [Thousand Oaks], v. 2, n. 1, p. 1-12, 2011.
- CABELL, K. R. Mediators, Regulators, and Catalyzers: A context-inclusive Model of Trajectory Development. *Psychology & Society*, Cambridge, v. 3, n. 1, p. 26-41, 2010.
- CUNHA, C.; GONÇALVES, M. M.; VALSINER, J. Rehearsing renewal of identity: re-conceptualization on the move. In: BERTAU, M. C.; GONÇALVES, M.; RAGGAT, P. (ed.). *Dialogic formations: Investigations into the origins and development of the dialogical self*. Charlotte: Information Age Publishing, 2011. p. 205-233.
- HERMANS, H.; HERMANS-KONOPKA, A. *Dialogical self theory: Positioning and Counter-Positioning in a Globalizing Society*. New York: Cambridge University Press, 2010.
- MATTOS, E. *Desenvolvimento do Self na transição para a vida adulta: um estudo longitudinal com jovens baianos*. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia. Disponível em: [http://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/elsa\\_de\\_mattos\\_tese.pdf](http://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/elsa_de_mattos_tese.pdf). Acesso em: 23 mar. 2014.

- RIBEIRO, A. P.; GONÇALVES, M. M. Maintenance and Transformation of Problematic Self-Narratives: A Semiotic-Dialogical Approach. *Integrative Psychological and Behavioral Sciences*, New York, v. 45, n. 3, p. 281-303, 2010.
- VALSINER, J. *Culture in Minds and Societies: Foundations in Cultural Psychology*. London: Sage Publications, 2007.
- VALSINER, J. Cultural Psychology Today: Innovations and Oversights. *Culture & Psychology*, Los Angeles, v. 15, n. 1, p. 5-39, 2009b. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1354067X08101427>. Acesso em: 26 mar. 2010.
- VALSINER, J. Integrating psychology within the globalizing world: A requiem to the post-modernist experiment with Wissenschaft. *Integrative Psychological and Behavioral Sciences*, New York, v. 43, n. 1, p. 1-21, Mar. 2009a.
- VALSINER, J. The promoter sign: Developmental transformations within the structure of the dialogical self. In: SYMPOSIUM DEVELOPMENTAL ASPECTS OF THE DIALOGICAL SELF. 2004. Germany.
- VALSINER, J.; CABELL, K. Self-Making through synthesis: Extending dialogical self theory. In: HERMANS, H. J. M.; GIESER, T. (ed.). *Handbook of the Dialogical Self*. New York: Cambridge University Press, 2012. p. 82-97.
- ZITTOUN, T. Dynamics of interiority: ruptures and transitions in self-development. In: SIMÃO, L. M.; VALSINER, J. (ed.). *Otherness in question: Labyrinths of the self*. Greenwich: Information Age Publishing, 2007. p. 187-214.
- ZITTOUN, T. Dynamics of Life-Course Transitions: A Methodological Reflection. In: VALSINER, J. et al. (org.). *Dynamic Process Methodology in the Social and Developmental Sciences*. New York: Springer, 2009. p. 405-429.
- ZITTOUN, T. *Transitions: Development through symbolic resources*. Greenwich: Information Age Publishing, 2006.



## CADA MELODIA EM SEU TEMPO

Lia da Rocha Lordelo

Início este comentário a partir de uma forte e poética ideia presente no livro *Melodias da vida*, de Zittoun e demais autores (2013).<sup>1</sup> Numa obra escrita coletivamente, os autores colocam ideias básicas sobre o desenvolvimento humano, e a primeira delas é a noção de que a existência de uma pessoa, que se manifesta em seu modo de pensar, agir, falar e se mover, é singular ao modo de uma melodia. Isto é mais do que uma metáfora. A melodia de uma pessoa, por mais que contenha notas semelhantes à melodia de outra, desdobra-se em ritmos e harmonias específicos, de forma que cada uma é irrepetível e não intercambiável. Considero este – a singularidade das trajetórias humanas – um dos principais pressupostos e forças da Psicologia Cultural, (VALSINER, 2012, 2014) que orienta, não por acaso, grande parte das pesquisas deste livro. No capítulo “O nascimento do bebê intersexo e as metáforas sociomédicas sobre corpo, sexo e gênero” sobre parentalidade de crianças intersexo, por exemplo, as autoras Ana Karina Canguçu-Campinho e Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima<sup>2</sup> levam essa metáfora a seu objeto: “No diapasão das relações humanas, que afina a vibração das notas das conexões, da convivialidade e as frequências do acolhimento de cada pessoa, o mito do hermafrodita incide como uma instância ontológica desafinada.”

Outro pressuposto que considero central para entendermos as questões trazidas por esta seção diz respeito ao modo como estudamos as interações entre este indivíduo, tão singular, e a sociedade, tema ao qual já me dediquei em algumas ocasiões. (LORDELO, 2011, 2014) Esta interação pode ser vista, em particular, por meio

---

1 Este livro, *Melodies of Living* (2013), permanece sem tradução para o português, motivo pelo qual traduzo eu mesma, livremente, seu título.

2 As citações de Ana Karina Canguçu-Campinho e Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima; Sara Santos Chaves; Paulo Maciel Machado; Elsa de Mattos e Larissa Oliveira Navarro podem ser localizadas nos capítulos deste livro.

das duas noções complementares de cultura pessoal e cultura coletiva. (LAWRENCE; VALSINER, 2003; VALSINER, 2007) A cultura pessoal é a construção ativa de uma versão pessoal de qualquer fenômeno cultural. (LAWRENCE; VALSINER, 2003) Uma espécie de “tradutor semiótico” desta singularidade de que se fala na teoria. Já a cultura coletiva seria o “campo vivo dos significados sugeridos, sentimentos e ações com os quais a pessoa interage ao longo da vida”. (LAWRENCE; VALSINER, 2003, p. 726, tradução nossa) É, no entanto, a relação existente entre estes conceitos que contribui para pensarmos nos capítulos desta seção. Valsiner (2007) afirma que, como não há isomorfismo entre as culturas coletiva e pessoal, isto torna cada indivíduo uma pessoa única, ainda que apoiado sobre o mesmo *background* geral da cultura coletiva. Esta falta de correspondência entre as esferas simbólicas pessoal e coletiva é garantida justamente pelo processo de internalização das funções psicológicas, o qual envolve uma espécie de apropriação de material simbólico disponível socialmente e a transformação pessoal deste material.

Por que nascer não é igual para todas as pessoas? Esta pergunta nos leva a outra questão, de fundo teórico: como falar em singularidade sem falar de uma certa homogeneidade de signos na cultura? Ou ainda, é possível falar de singularidade sem, ao mesmo tempo, pensar de modo coletivo ou genérico em trajetórias de desenvolvimento – sejam de nascimento ou de construção da parentalidade?

A pesquisa “Não maternidade voluntária: a dinâmica do *self* em circunstâncias não normativas”, de Sara Santos Chaves, e a de Ana Karina Canguçu-Campinho e Isabel Maria Lima, acerca das metáforas sociomédicas sobre corpo, sexo e gênero do bebê intersexo, mostram bem esse dilema teórico. Numa sociedade ainda tão marcada pelas diferenças – e assimetrias de poder – entre os gêneros e mesmo os sexos, a chegada de um bebê que desafia esses marcadores é um evento completamente disruptivo para a mãe e o pai. Apesar da discussão sobre a contínua e necessária emancipação feminina, dos estudos *queer*, do ativismo Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Poli (LGBTQIA) e de tantos outros sinais de transformação dos tempos, ainda assistimos, com assombro, a práticas sociais retrógradas e preconceituosas, como o recente “chá de revelação”.<sup>3</sup> Vemos, assim, que as definições do sexo e do gênero ainda são cruciais em nossa sociedade. E são valores que, por serem construídos coletivamente, aparentam ser mais homogêneos e estáveis do que o que realmente são. O achado das autoras reforça esses estereótipos: “O corpo intersexo é atravessado por uma potencialidade bissexual que amedronta os médicos e a família; a cirurgia dos órgãos sexuais é

3 Chá de revelação é uma festa que o casal prepara para descobrir, em conjunto com os convidados, qual o sexo da criança. É costume que a decoração e o bolo sejam em azul e rosa, para “despistar” as pessoas, até o momento em que se revela a cor do bebê – azul, se menino; e rosa, se menina. Geralmente, o resultado da ultrassonografia que revela o sexo da criança é entregue à madrinha, que prepara a surpresa com a cor da revelação.

defendida por alguns médicos como prevenção da potencial homossexualidade ou bissexualidade.” (CANGUÇÚ-CAMPINHO; LIMA)

De modo semelhante, trazer à baila o debate sobre a não maternidade voluntária levanta a seguinte pergunta: por que é preciso falar sobre uma mulher que não é mãe? Simplesmente porque se espera que as mulheres sejam mães. A maternidade é um valor estabilizado por signos da cultura coletiva, ao ponto de uma mulher que não quer ser mãe exercer fascínio e intrigar outras pessoas. Por que é tão difícil compreender que, como nos lembra Judith Butler (2015), tanto o sexo quanto o gênero são construções? As diferenças entre gêneros ficam ainda mais evidentes quando pensamos no capítulo “Paternidade após a separação conjugal: o pai que nasce e renasce” de Paulo Maciel Machado, que investiga o processo inicial da construção das identidades de quatro homens enquanto pais e as possíveis alterações nestas identidades após o evento de uma separação conjugal. O que Paulo encontra em suas análises é curioso: primeiro, o pesquisador marca o fato de “todos os entrevistados, nas mais diversas condições em que foram construídas as suas paternidades, partilharem o fato de não terem como prioridade, ao momento que engravidaram as suas parceiras, o desejo de tornarem-se pais.” E, na sequência, ele encontra uma fusão entre os signos “Paternidade” e “Conjugalidade”. Ora, na pesquisa de Sara Chaves, a associação – que ela insiste em questionar – se dá entre feminilidade e maternidade. Ou seja, se, para ser mulher, é preciso ser mãe, com os homens a lógica se inverte: para ser pai, é preciso estar casado – de preferência, com uma mulher, certamente. É por esta razão que o evento da separação, em todo o impacto subjetivo e prático que provoca, produz, sobretudo, essa mudança estruturante: agora, sim, é preciso pensar sobre a paternidade. Esta nasce como um signo fora de uma norma (a norma é “homem casado com filhos”), enquanto a mulher foge da norma justamente por não se tornar mãe.

O que os objetos e reflexões dessas pesquisas mostram? Além das desigualdades históricas entre mulheres e homens, há algo no nível da teoria a que me referi anteriormente: o mundo da norma, ou seja, o mundo do que se reconhece, do que se espera e do que se aceita – o mundo da cultura coletiva – ajuda a construir o que ocorre fora da norma: o que perturba, o que surpreende – a trajetória, as escolhas de cada pessoa, construídas através da cultura pessoal. Mas se é justamente a cultura pessoal o que nos torna únicos! À primeira vista, vejo, sob a ótica da Psicologia Cultural de orientação semiótica, um ruído entre as noções de **singularidade** e **não normatividade** – pois parece que só conseguimos enxergar singularidade quando uma trajetória se destaca por algum motivo –, e o motivo principal é, precisamente, afastar-se da norma coletiva. Ser singular é ser não normativo?

Um olhar sobre as pesquisas de Elsa de Mattos e de Larissa Oliveira Navarro nos capítulos “(Re)nascer não é igual para todos: catalisação e autorregulação no desenvolvimento do *self*” e “A proteção jurídica ao luto materno”, respectivamente,

nos ajuda a desfazer esse possível ruído teórico. A chave está na noção de processos, outro tópico que já debati antes, tratando do estudo de mecanismos semióticos. (LORDELO, 2013) Ao dedicar-se à proteção jurídica ao luto materno, Santos discute, em seu capítulo, se existem leis no sistema constitucional brasileiro destinadas “à proteção ao luto materno, com preceitos legais que o reconheçam e protejam a empregada, nos casos em que o parto teve, como resultado, a morte do filho.” A maternidade na não maternidade, portanto. Embora haja leis que protejam a maternidade, por meio da licença-maternidade, por exemplo, uma mãe que tenha abortado até o sexto mês de gestação permanece invisível aos olhos da Justiça. “[...] nada se fala sobre as empregadas com filhos natimortos, muito menos proteção específica ao luto materno. Não é assegurada rede de auxílio, médico-psicológico, a essa empregada, nem mesmo tempo específico para a recuperação”. É de se pensar, ainda, nas condições que esperam essas mães a partir da recém-feita reforma trabalhista, que tanto prejudica o trabalhador. Os pouquíssimos processos encontrados pela pesquisadora que asseguram proteção à mulher que passa pelo luto materno demonstram que, nestes casos, há um olhar mais cuidadoso sobre a história, as condições em que a mulher trabalha, circula, sua rede de apoio – para além de pessoas com quem ela tem laços consanguíneos etc.

No trabalho de Mattos, os processos são mais do que evidentes – são o núcleo duro da pesquisa. Sua intenção é exatamente descrever mecanismos: descrever o processo através do qual uma pessoa reorganiza sua trajetória de vida após sofrer uma ruptura significativa no fluxo de sua experiência. Elsa de Mattos analisa, de uma perspectiva **diacrônica** – este termo é importantíssimo e já explico a razão –, o processo pelo qual, após uma ruptura no sistema do *self*, um jovem reorganiza sua dinâmica interna, em meio à multiplicidade de alternativas possíveis. É preciosa a profundidade com que acompanhamos a história de JP, ao longo de anos de estudo, da entrada no mundo do trabalho, da morte da mãe, da volta aos estudos e iniciação ao candomblé. E é assim que compreendemos sua trajetória, as rupturas que sofre, os caminhos que escolhe – sua singularidade.

É possível desfazer a confusão entre singularidade e não normatividade introduzindo o **tempo** – mais do que como uma variável, como uma dimensão a partir da qual conseguimos compreender o desenvolvimento. A noção de que este seja um fenômeno sistêmico aberto tem sido defendida pela Psicologia Cultural, em paralelo à ideia de que estudos desenvolvimentais requerem a integração do tempo. (VALSINER, 2008) O autor recomenda que desconfiemos do discurso ontológico, e, ao invés de pensarmos na ontologia do “ser”, pensemos na epistemologia do “tornar-se”. Talvez, então, o que esteja em jogo nas distinções entre singularidade e não normatividade seja o tempo: quando falamos de não normatividade, estamos usando uma perspectiva **sincrônica** em que, num momento da vida de alguém, destacamos uma atitude ou

comportamento e, assim, ele parece distinto das demais pessoas. Mas se assumimos uma perspectiva diacrônica, somos capazes de seguir as mudanças pelas quais uma pessoa passa, compreender os motivos que a levam a, por exemplo, tornar-se um pai mais presente na vida de seus filhos ou entender-se bissexual, pois só cada pessoa constrói sua própria trajetória. Sua própria melodia.

Em certo sentido, que bom que nascer não é igual para todos. Não nascemos os mesmos; tampouco permanecemos os mesmos.

## REFERÊNCIAS

- BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
- LAWRENCE, J.; VALSINER, J. Making personal sense: an account of basic internalization and externalization processes. *Theory and Psychology*, London, v. 13, n. 6, p. 723-752, 2003.
- LORDELO, L. da R. Children and the meanings of work: between personal culture and collective culture. *Psychology & Society*, Cambridge, v. 6, n. 1, p. 28-43, 2014.
- LORDELO, L. da R. Meanders of meaning: Exploring semiotic mechanisms to overcome Psychology's research problems. *Psychology & Society*, Cambridge, v. 5, n. 3, p. 122-131, 2013.
- LORDELO, L. da R. *Significados de trabalho para crianças de diferentes contextos culturais*. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- VALSINER, J. *Cultures in minds and societies: foundations of Cultural Psychology*. New Delhi: Sage Publications, 2007.
- VALSINER, J. *An invitation to Cultural Psychology*. London: Sage Publications, 2014.
- VALSINER, J. *Mundos da mente, mundos da vida: fundamentos da psicologia cultural*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- VALSINER, J. Open intransitivity cycles in development and education: Pathways to synthesis. *European Journal of Psychology of Education*, Lisboa, v. XXIII, n. 2, p. 131-147, 2008.
- ZITTOUN, T. *et al. Human Development in the life course: Melodies of Living*. Cambridge: Cambridge University Press, 2013.



## GRAVIDEZ E PARTO NA PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA CULTURAL: LIMINARIDADE E RITUAIS

Giuseppina Marsico

O nascimento de uma criança não é somente um episódio biológico: é um evento cultural em si mesmo. Quando uma criança nasce, também nascem uma mãe e um pai. Além disso, a comunidade e o sistema cultural, num sentido amplo, vêm à luz em nova versão. A complexidade e a variedade de questões psicológicas que acompanham o parto são impressionantes. Parto, gravidez, maternidade e paternidade são arenas perfeitas para estudar a normatividade e as regras das expectativas culturais que orientam a vida comum, mas também para explorar as tensões entre diferentes instâncias culturais e a violação/negociação das normas sociais.

O parto é um ato cultural potencialmente disruptivo, que envolve a possibilidade de imaginar um novo mundo e um novo modo de se comportar. É bem interessante que todos os capítulos a mim “designados” para este comentário tenham a ver com a violação da normatividade, tanto no caso de um nascimento real como de um nascimento ideal.

No capítulo “O nascimento de bebê intersexo e as metáforas sociomédicas sobre corpo, sexo e gênero”, Ana Karina Canguçu-Campinho e Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima<sup>1</sup> abordam o caso de um recém-nascido cuja genitália não permite definir o bebê nem como menina, nem como menino, com todas as consequências médicas, sociais e psicológicas que derivam dessa condição biológica.

O que está em jogo aqui? O ato de vir ao mundo é precedido por um período de tempo (a gravidez) que é fortemente focado no gênero do recém-nascido. Os

---

<sup>1</sup> As citações de Ana Karina Canguçu-Campinho e Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima; Sara Santos Chaves; Elsa de Mattos; Paulo Maciel Machado e Larissa Oliveira Navarro podem ser localizadas nos capítulos deste livro.

discursos de gênero (é menino ou menina?) e os arranjos preparatórios que se seguem (como, por exemplo, preparar o quarto para o menininho ou para a menininha, comprar diferentes tipos de brinquedos ou roupas etc.) são ações muito comuns, que estão presas na armadilha da dicotomia macho-fêmea, categorização que é violada quando um bebê intersexo nasce.

A violação de uma outra norma bem estabelecida é muito bem analisada por Sara Santos Chaves em seu capítulo intitulado “Não maternidade voluntária: a dinâmica do *self* em circunstâncias não normativas”, no qual ela mostra o quanto o mandato biológico e sociocultural do ser mãe opera para determinar o curso de ações das mulheres ao longo do tempo. Resistir a essa expectativa social e decidir não ter nenhum filho é, de certo modo, um ato subversivo contra o *script* cultural. Uma mulher que toma essa iniciativa está não apenas negociando seu papel individual no mundo, mas abrindo, também, uma nova versão de ser mulher além da maternidade.

O mesmo processo de imaginar e viver novas ou renovadas experiências de vida é o núcleo do capítulo proposto por Elsa de Mattos, “(Re)nascer não é igual para todos: catalisação e autorregulação no desenvolvimento do *self*”, no qual ela explora a organização do *self* que ocorre após uma ruptura. Isso pode abrir uma nova fronteira para o desenvolvimento humano. A autora chama a esse processo, metaforicamente, de um (re)nascimento do sujeito envolvido,

O evento (re)nascer é o principal processo psicológico também enfatizado por Paulo Maciel Machado em seu texto “Paternidade após a separação conjugal: o pai que nasce e renasce”. Nesse caso, quem (re)nasce é o pai que passa por uma separação conjugal. A experiência individual de reinventar-se a si mesmo enquanto pai, nessa circunstância, situa-se numa intersecção com a dimensão sociocultural geral da masculinidade, sob escrutínio no cenário contemporâneo.

A separação conjugal envolve o evento de perder algo – um evento de perda tem nuances diferentes e dramáticas no caso do luto materno. Dar à luz a um bebê natimorto é um evento paradoxal. Morte e vida terrivelmente unidas em um mesmo momento. Larissa Oliveira Navarro, em seu capítulo “A proteção jurídica ao luto materno” (neste volume), aborda as implicações legais e os direitos da mulher face ao dramático evento de um bebê natimorto.

## GRAVIDEZ E PARTO COMO UMA EXPERIÊNCIA LIMINAR

Os capítulos acima mencionados mostram, vindo de diferentes ângulos, como gravidez, parto e maternidade (ou paternidade) são fases transicionais complexas, com luzes e sombras. (BASTOS, 2017) Isso é particularmente verdadeiro para a mulher, pois envolve não somente a definição e renegociação das dimensões de identidade que têm a ver com maternidade e feminilidade, mas também a negociação de significados

universais e locais que produzem tensões, ambivalências e novos modos possíveis de comportar-se.

Meu argumento é que gravidez é um evento liminar na vida humana. Uma experiência liminar é uma experiência em processo de tornar-se. Pode-se dizer que é uma experiência que está acontecendo, mas que não aconteceu ainda. (STENNER, 2017)

O termo liminaridade foi originalmente desenvolvido por Arnold Van Gennep (1961) em seu trabalho; Victor Turner (1964, 1969, 1977, 1982), posteriormente, avançou em sua elaboração. “Liminaridade” é um termo derivado do latim e está relacionado aos processos simbólicos e convenções rituais que estruturam e definem momentos-chaves das transições sociais, ou “ritos de passagem”. A pesquisa de Gennep examinou a relação entre experiências liminares e seus efeitos duradouros. Ele argumenta que são essencialmente os estados médios, ou “*in-between*”, que permitem a passagem ritual de um estágio social para outro. Como descrito por Andrews e Roberts (2015, p. 132, tradução nossa): “liminaridade é, portanto, um recurso para conceitualizar as instâncias entre estrutura e agência”. Liminaridade poderia ser descrita como uma codificação explanatória, ou ferramenta analítica, usada para compreender diferentes ritos de passagem. (TURNER, 1964) Turner, inspirado fortemente pelas ideias de Gennep, desenvolveu três estágios diferentes de liminaridade: a fase de separação/preliminar, a fase liminar/de transição e a fase de incorporação/pós-liminar. A fase de separação/preliminar refere-se ao distanciamento físico do participante da vida normal. A fase liminar/de transição é um período no qual, de acordo com Victor Turner, o participante é marginalizado. Durante esse período, o participante do ritual elabora um novo senso de comunidade que se refere a um sentimento de estar entre o estado anterior e um novo. Na fase de incorporação/pós-liminar, o participante é reintroduzido na sociedade e é aceito como um membro pleno dessa sociedade.

Turner desenvolveu o conceito de liminaridade concentrando-se mais na fase intermediária; portanto, no período de transição desses rituais. (TURNER, 1964) Ele estava especialmente interessado no estado específico de limbo que a liminaridade oferece, que assim descreve:

A primeira fase da separação compreende um comportamento simbólico que significa o desapego do indivíduo ou grupo de um ponto fixo anterior na estrutura social ou de um conjunto de condições culturais (um ‘estado’); durante o período liminar intermediário, o estado de sujeito no ritual (o ‘passageiro’) é ambíguo; ele passa por um domínio com poucos ou nenhum dos atributos do estado passado ou do próximo [...]. (TURNER, 1964, p. 47, tradução nossa)

Esse estado de limbo, que Turner descreve, é essencialmente um estado de **estar entre estados**. Não se preenche nenhuma das características do estado prévio nem do posterior, o que é a essência desse fenômeno.

## A RITUALIZAÇÃO DA GRAVIDEZ E DO PARTO

Nas diferentes culturas, a gravidez e o parto, como qualquer outra fase liminar, estão envolvidos em uma ampla gama de rituais de proteção e rituais de transição.

O ritual de proteção visa proteger a mulher e o filho de todos os riscos que os ameaçam no momento do parto.

O ritual de transição tende a integrar a criança na sociedade, reinserindo a mulher na comunidade da qual ela ficou parcialmente afastada por um certo período de tempo devido à gravidez.

O nascimento como ritual de transição implica, como todo ritual de transição, Separação, Margem e Re-agregação.

A separação da mãe durante o nascimento é alcançada através de rituais que são possíveis de serem encontrados em todas as sociedades. É o caso, por exemplo, da presença de uma mulher próxima à mãe que representa uma espécie de substituta da mãe biológica. Ela tem a tarefa simbólica de facilitar a separação entre a criança e a mãe e a integração do bebê na sociedade.

A incisão do cordão umbilical está associada a rituais de separação; o batismo, ao invés, na sociedade ocidental, é um ritual de agregação social e envolve todos os níveis de qualquer ritual de transição. (GENNEP, 1961; STENNER, 2017)

Além disso, a gravidez é caracterizada por rituais de proteção que tendem a defender a criança dos possíveis danos que ela poderia sofrer. A gravidez e o parto, como eventos marcantes da vida do ser humano, juntamente com a morte, criam ricas sequências de comportamentos rituais que são objetos de estudo dos antropólogos culturais. (VICTOR, 1972)

A ritualização do nascimento, como os demais eventos sociais, afinal, é baseada em comportamentos coletivos e interativos: somente é possível captá-lo aplicando uma análise das sequências interativas em diferentes concursos situacionais, como faz Goffman (1959).

A centralidade da gravidez em relação à maternidade e à feminilidade em geral foi documentada pela psicologia contemporânea. (CABELL et al., 2015; PECORARO; MARSICO, 2017) Além disso, nos anos 1980, tem havido um especial interesse da psicanálise sobre a gravidez – para uma revisão, ver Boggi Cavallo (1980). Esses estudos destacaram a peculiaridade psicológica da gravidez e da maternidade para a existência psicológica da mulher e para o seu futuro. A ativação de todos os conflitos inconscientes, por exemplo, tem sido revelada por estudos psicanalíticos. No entanto, as necessidades psíquicas e psicológicas relacionadas à gravidez, ao parto e à maternidade têm sido, de modo geral, longamente ignoradas ou ocultadas na investigação psicológica.

Será que essas necessidades são agora reconhecidas em sua existência e, portanto, satisfeitas, para além de alguns rituais mágicos?

O leitor deste livro encontrará nele inspiração para reconhecer as experiências multifacetadas do nascimento, sob diferentes ângulos culturais.

## REFERÊNCIAS

- ANDREWS, H.; ROBERTS, L. Liminality. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, [S. l.], v. 14, n. 6, 2015.
- BASTOS, A. C. de S. Shadow trajectories: The poetic motion of motherhood meanings through the lens of lived temporality. *Culture & Psychology*, London, v. 23, n. 3, p. 408-422, 2017.
- BOGGI CAVALLO, P. Femminilità e eretica dell'amor materno. *Psicologia Italiana*, Bologna, v. 2, n. 3-4, p. 155-161, 1980.
- CABELL, K. R. et al. (ed.). *Making meaning, making motherhood*. Charlotte: Information Age Publishing, 2015. (Annals Of Cultural Psychology: Exploring the Frontiers of Mind and Society, 1)
- GENNEP, A. *The rites of passage*. Chicago: University of Chicago Press, 1961.
- GOFFMAN, E. *The presentation of self in everyday life*. New York: Anchor Book, 1959.
- PECORARO, N.; MARSICO, G. Diventare madre: la soggettività quale dimensione di continuità e cambiamento. *La Camera Blu*, Napoli, v. 16, p. 124-145, 2017.
- STENNER, P. *Liminality and Experience: A transdisciplinarity approach to the Psychosocial*. London: Palgrave, 2017.
- TURNER, V. W. Betwixt and between: the liminal period in rites de passage. *The American Ethnological Society*, [S. l.], p. 4-20, 1964.
- TURNER, V. W. *From ritual to theatre: the human seriousness of play*. New York: PAJ, 1982.
- TURNER, V. W. Process, System, and Symbol: A New Anthropological Synthesis. *Daedalus*, Cambridge, v. 106, n. 3, p. 61-80, 1977.
- TURNER, V. W. *The ritual process: Structure and anti-structure*. Chicago: Aldine Publishing, 1969.

Este livro foi publicado no formato 19,5 x 27 cm  
utilizando a família tipográfica DTL Documenta e ScalaSans  
Miolo em papel Off-Set 75 g/m2 impresso na EDUFBA  
Capa em Cartão Supremo 300 g/m2 impressa na Gráfica 3  
400 exemplares



Este livro interessa ao leitor que lida com o nascer e com as questões afetas à maternidade e à paternidade, a quem pesquisa e a quem atua na atenção à saúde, no cuidado de famílias e a quem pensa a questão da mulher. Interessa também ao público acadêmico dos campos da saúde, da educação e do serviço social e aos profissionais que atuam junto à família. Além disso, alcança também o público em geral, sobretudo as mulheres que lidam com sua própria relação com a maternidade (sejam mães ou não). É uma obra única na cobertura de um leque de condições e circunstâncias que cercam o nascer.

