

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Beatriz Malheiros Brito

Narrativas de gravidez e parto em três gerações: do “desconforto” à “violência obstétrica”

Rio de Janeiro

2022

Beatriz Malheiros Brito

Narrativas de gravidez e parto em três gerações: do “desconforto” à “violência obstétrica”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Suely Ferreira Deslandes.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Liane Maria Braga da Silveira.

Rio de Janeiro

2022

Título em inglês: Pregnancy and childbirth narratives in three generations: from “discomfort” to “obstetric violence”.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Brasil (CNPq)

Catlogação na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

B862n Brito, Beatriz Malheiros.
Narrativas de gravidez e parto em três gerações: do “desconforto” à “violência obstétrica” / Beatriz Malheiros Brito. -- 2022.
162 f. : il. color. ; tab.

Orientadora: Suely Ferreira Deslandes.
Coorientadora: Liane Maria Braga da Silveira.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Gravidez. 2. Parto. 3. Saúde da Mulher. 4. Identidade de Gênero.
5. Violência Obstétrica. 6. Enquadramento Interseccional. 7. Gerações.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.83

Beatriz Malheiros Brito

Narrativas de gravidez e parto em três gerações: do “desconforto” à “violência obstétrica”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Aprovada em: 08 de agosto de 2022.

Banca Examinadora

Prof Dr. Marcos Augustos Bastos Dias
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

Prof.^a Dra. Vera Lucia Marques da Silva
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Liane Maria Braga da Silveira (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Suely Ferreira Deslandes (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

Rio de Janeiro

2022

Dedico esse trabalho a todas as mulheres que compartilharam e compartilham um pouco de suas histórias comigo e de pouquinho em pouquinho fazem parte da minha história também.

AGRADECIMENTOS

À minha família, por todo apoio em minhas caminhadas. Principalmente aos meus pais, por tudo que aprendo com eles e por fornecerem tudo ao alcance para que eu possa realizar minhas ambições. Ao meu irmão também, por ser meu grande estímulo para mostrar a capacidade presente em todos nós para ir atrás e lutar por aquilo que acreditamos.

Ao meu esposo, meu melhor amigo e meu amor que me deixa sem palavras para expressar a força que me traz. Com você divido o caminho, o riso, o choro e as conquistas – essa é mais uma que é toda nossa.

Às minhas amigas que se cansaram de ouvir as minhas infindáveis narrativas e considerações sobre essa pesquisa. Com o coração aberto, vocês entenderam minhas ausências e me acolheram quando o peito apertava.

Em meio ao cenário devastador da pandemia e política nacional, estar numa formação em Saúde Pública nunca fez tanto sentido e nunca doeu tanto. Nesse contexto, agradeço à minha turma que tive a honra de conhecer e dividir as angústias, os aprendizados e as histórias.

Aos professores queridos, que deram contorno a tantas incompletudes e contribuíram de tantas formas a minha formação e meu viver nesse período pandêmico. Junto a eles toda a equipe da Escola com seu auxílio remoto, que foi imprescindível.

Em especial agradeço a minhas orientadoras Suely e Liane, pelo cuidado sempre presente em nossos encontros. Sou grata pela inspiração em tempos difíceis, me ensinando a cada passo como levar a mensagem dessa pesquisa à frente.

Ao meu trabalho que me apresenta grandes desafios, mas que mantém um contato fundamental com a realidade da Saúde Pública. Junto a isso, sou grata a equipe que me estimulou e me deu meios de continuar essa empreitada.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que concedeu, pelo fomento, a possibilidade de me debruçar nesse tema e nessas histórias que culminam na escrita desse trabalho.

Por fim, mas fundamentalmente, às mulheres que se dispuseram a compartilhar comigo parte de suas histórias que me possibilitaram abrir caminhos de transformação em minha concepção de mundo, cuidado e saúde.

A história única cria estereótipos, e o problema com os estereótipos não é que eles sejam mentira, mas que eles sejam incompletos. Eles fazem uma história tornar-se a única história. A consequência de uma única história é essa: ela rouba das pessoas sua dignidade, dificultando o reconhecimento de nossa humanidade compartilhada, enfatizando como nós somos diferentes, ao invés de como somos semelhantes. (...) Quando rejeitamos a única história, e percebemos que nunca há uma única história sobre lugar nenhum, nós reconquistamos um tipo de paraíso.

(ADICHIE, 2019)

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo analisar as narrativas de experiência de pré-parto e parto de mulheres de diferentes gerações, levando em conta a interseccionalidade para situar o papel da violência obstétrica nessas narrativas. Através de um estudo narrativo, entrevistamos virtualmente 11 mulheres pertencentes a quatro famílias, em 3 gerações, com atravessamento de raça/cor e classe. Nesse sentido, os dados foram analisados numa perspectiva narrativa a partir de uma síntese dos principais pilares teóricos da proposta de Schütze, apresentada por Jovchelovitch e Bauer (2002), articulando-a às discussões teóricas relevantes para o tema da violência obstétrica nesse contexto. Apesar de particular em cada geração, a violência aparece em cada uma delas, sendo permanente a centralidade do conhecimento médico bem como uma opacidade da participação da mulher estruturando condições que viabilizam as violações. O acontecimento da violência obstétrica dialoga diretamente com diversas violências interseccionais ainda que em grande parte naturalizada nas narrativas, como “o caminho a se percorrer”. A questão geracional traz diversos contextos socioeconômicos, políticos, bem como de hábitos e tradições acerca do tema do gestar e parir, o que confere uma não-linearidade às histórias e ao cuidado no parto, sendo marcante a noção de “sorte” para contar com uma assistência condizente às suas expectativas

Palavras-chave: gestação; parto; saúde da mulher; gênero; violência obstétrica; gerações; interseccionalidade.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the narratives of prepartum and childbirth experiences of women from different generations, taking into account intersectionality to situate the role of obstetric violence in these narratives. In a narrative study, we remotely interviewed 11 women from four families, in 3 generations, crossing race/color and class. In this sense, the data were analyzed in a narrative perspective minding a synthesis of the main theoretical pillars of Schütze's proposal presented by Jovchelovitch and Bauer, articulating it to the theoretical discussions relevant to the theme of obstetric violence in the giving context. Although unique in each generation, violence appears in all of them, with the medical knowledge centrality being a constant, as well as the opacity of women's participation, both structuring conditions that enable violations. The event of obstetric violence dialogues directly with various intersectional violences, although largely naturalized in the narratives, such as “the way to go”. The generational issue brings different socioeconomic and political contexts, as well as habits and traditions about the theme of gestating and giving birth, which provides non-linearity to the stories and care during childbirth, with the notion of "luck" being remarkable to achieve an assistance. in line with their expectations.

Keywords: pregnancy; parturition; women's health; gender; obstetric violence; generations; intersectionality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Representação geracional da família Carvalho45

Figura 2: Representação geracional da família Moreira48

Figura 3: Representação geracional da família Oliveira51

Figura 4: Representação geracional da família Teixeira54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO	Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BEMFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPS/FGV	Centro de Políticas Sociais/Fundação Getúlio Vargas
DIU	Dispositivo Intrauterino
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IHI	Institute for Healthcare Improvement
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MBE	Medicina Baseada em Evidências
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEP	Programa Especial de Pediatria
PHPN	Política de Humanização do Pré-natal e Parto
PMI	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
PNAD/IBGE	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio/Instituto Brasileiro de Geografia
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
Rami	Rede de Atenção Materna e Infantil
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SCZ	Síndrome Congênita do Zika vírus
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNICE	Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
ZIKV	Zika vírus

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	METODOLOGIA.....	19
3	MARCO TEÓRICO.....	31
3.1	DA MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO À MEDICALIZAÇÃO DO PARTO.....	31
3.2	HUMANIZAÇÃO DO PARTO: DE MOVIMENTOS ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	34
3.3	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ARTICULAÇÕES, DISPUTAS E SILENCIAMENTOS.....	36
3.4	O PROBLEMA (E OPORTUNIDADE) DAS GERAÇÕES.....	40
4	ENCONTRO COM AS FAMÍLIAS: A ENTRADA EM CAMPO.....	43
3.1	AS CARVALHO.....	45
	AS MOREIRA.....	48
	AS OLIVEIRA.....	51
	AS TEIXEIRA.....	54
5	ENCONTRO COM AS GERAÇÕES: ORDENANDO A ESCUTA.....	59
5.1	A VOZ DAS AVÓS: HISTÓRIAS CONTADAS PELAS MULHERES DA GERAÇÃO 1.....	59
5.1.1	“Maus pedaços”: o não planejamento da gravidez.....	59
5.1.2	“Se fosse hoje, talvez fosse chorando”: chegando ao hospital.....	67
5.1.3	“Falou que depois a gente esquece...”: a objetificação das mulheres pelas equipes e técnicas no parto.....	69
5.1.4	“tudo direitinho”: Valoração das vias de parto.....	74
5.1.5	Passividade, tempo, dor e morte: o encontro com seu “destino”.....	75
5.1.6	O bebê em cena.....	76
5.1.7	“Acabou a sopa”: a rápida volta à realidade.....	78
5.1.8	“Aquilo passou, tudo passa.”: O que fica?.....	79
5.2	AS MÃES DIVERSAS: HISTÓRIAS CONTADAS PELAS MULHERES DA GERAÇÃO 2.....	81
5.2.1.	Início da gravidez: planejamento e desconhecimento.....	81
5.2.2.	“É necessário e tem que fazer”: o pré-natal ganha maior destaque.....	84

5.2.3	“Botou para dentro agora tem que colocar para fora”: valores sobre parto mediados por gerações anteriores e suas “escolhas” reprodutivas....	88
5.2.4	“Chegou o dia do parto”: a hora marcada e o reconhecimento da soberania médica.....	93
5.2.5	Parto-evento, suas objetificações e eventuais questionamentos.....	97
5.2.6	O acompanhante surge, o bebê some.....	100
5.2.7	“...eu vim embora para casa e me cuidei”: Um momento antes da “realidade”.....	104
5.2.8	O que fica? Amadurecimento, resiliência e o sonho de ser mãe.....	107
5.3	AS MÃES NA PANDEMIA: HISTÓRIAS CONTADAS PELAS MULHERES DA GERAÇÃO 3.....	109
5.3.1	“... a verdade é que a gente se doa”: planejamento da gravidez entre tentativas e desejos.....	109
5.3.2	“... a pandemia me impediu um pouquinho”: escolhas de assistência e possibilidade dos contextos.....	111
5.3.3	“... então, graças a Deus, correu tudo bem”: a importância do pré-natal, seus exames e parâmetros.....	116
5.3.4	“tive um pré-natal maravilhoso, mas na hora eu sofri um pouquinho”: chegada ao hospital e o encontro com violações.....	118
5.3.5	A assistência ao parto: ainda uma questão de “sorte”?.....	121
5.3.6	“Não foi no susto, a gente se preparou bastante”: a possibilidade de complexificação do papel do acompanhante.....	127
5.3.7	Do berçário ao contato pele a pele: diferenças no contato com os bebês.....	129
5.3.8	“Então depois de todo o sonho que eu vivi eu tive esse baque”: a (des)continuidade do cuidado no pós-parto hospitalar.....	130
6	VIVÊNCIAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENTRE AS GERAÇÕES.....	135
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	144
	REFERÊNCIAS.....	145
	ANEXO 1: APROXIMAÇÃO DE PARTICIPANTES.....	155
	ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	156
	ANEXO 3: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM REGISTRO DE	159

CONSENTIMENTO.....

ANEXO 4:TABELA DE INFORMAÇÕES DAS ENTREVISTADAS..... 162

1. INTRODUÇÃO

Essa pesquisa pretendeu analisar as narrativas de experiência de pré-parto e parto narradas por mulheres de diferentes gerações a partir de uma perspectiva interseccional, buscando situar o papel da violência obstétrica nessas narrativas. Para isso, buscamos também analisar os sentidos atribuídos às interações estabelecidas com as equipes de saúde, o papel atribuído e desempenhado pela mulher no parto e pré-parto, pelo(a) acompanhante, os entendimentos das mulheres sobre as técnicas utilizadas em sua assistência— desde o acolhimento até às tecnologias e procedimentos aplicados—, os atravessamentos de raça, classe e gênero nos sentidos atribuídos à assistência recebida segundo o pertencimento geracional, e, por fim, analisar os relatos identificando se há episódios de violência obstétrica e como são nomeados e interpretados pelas mulheres.

Para tal, foi realizada a aproximação com 11 mulheres de quatro famílias em três gerações —identificadas como avós, mães e filhas. Essas famílias foram escolhidas levando em conta os marcadores de raça/cor e classe. Alcançamos essas mulheres através de grupos de *whatsapp* e de recomendações de amigas e conhecidas que lembravam de mulheres que se encaixavam nos parâmetros da pesquisa. A escuta dessas narrativas se deu por entrevistas por meios *online* após aproximação de mesma natureza. A estratégia da pesquisa digital foi necessária dada a pandemia de COVID-19 que demandou cuidados de distanciamento social, principalmente nos grupos de maior risco como idosas, gestantes e puérperas.

Propôs-se coleta de dados através de entrevistas narrativas de caráter semiestruturado. Para uma análise de perspectiva narrativa lançou-se mão de uma síntese dos principais pilares teóricos da proposta de Schütze, apresentada por Jovchelovitch e Bauer (2002). Articulando-a às discussões teóricas relevantes para o tema da violência obstétrica nesse contexto. Buscamos ter mais profundidade em uma visão geracional convocando Mannheim (1982). A partir deste autor, entendemos que as percepções das mulheres se moldaram através de suas singulares experiências de vida e concepções de mundo, perpassadas por contextos históricos objetivos, tais como: acontecimentos e existência de certas políticas e recursos econômicos e sociais.

Destaca-se também o olhar da interseccionalidade, para melhor compreender a violência obstétrica. Para isso, tomamos a construção do termo a partir da definição feita por Crenshaw (2002), de forma a reconhecer a interseccionalidade como uma teoria transdisciplinar que aborda a complexidade das identidades e das desigualdades sociais, não apenas verificando uma multiplicidade de sistemas de opressão como reconhecendo a operacionalização desses para a construção e reprodução dessas desigualdades (HIRATA, 2014). Assim, buscamos inserir,

principalmente, a forma que o racismo, o patriarcalismo e a opressão de classe criam desigualdades básicas que se estruturam e posições gerais que conduzem a assistência a essas mulheres, sendo a experiência do parto encarada por muitas mulheres como mais uma situação “natural” de subordinação.

A justificativa para uma investigação envolvendo narrativas e sentidos atribuídos a uma temática já escrutinada em diversos estudos vem pessoalmente da trajetória da formação em psicologia. Pela inserção profissional na maternidade de um Hospital Universitário, foi necessária uma aproximação da perspectiva de gênero na assistência para dialogar com diversos incômodos presentes no cotidiano das práticas. Logo percebi que não é uma tarefa fácil mapear intervenções em saúde possíveis, no contexto da maternidade, que fujam de uma adequação à simples lógica hospitalar e às necessidades das equipes que são prioritárias em relação às demandas da mulher. A condução de um trabalho “adequado” em psicologia, naquele contexto, contou com a observação da experiência de maternidade como minuciosamente controlada, seja médica ou socialmente. Busquei entender o fenômeno já naturalizado da hospitalização do parto para refletir sobre estratégias de cuidado que agissem sobre tal realidade. Foi assim que cheguei ao tema da “violência obstétrica”.

Na assistência, tive contato com a naturalização de condições violentas. Pela escuta, identifiquei que, para algumas, qualquer assistência era um sinônimo de ser “bem assistida”, um ato de cidadania; já a idealização da maternidade viabilizava que qualquer sofrimento era “o preço a se pagar”; bem como as comorbidades eram condição para submissão à equipe médica a partir do relato de grande preocupação em se adequar a parâmetros de um processo gestacional ideal.

A identificação das personagens do espaço das maternidades também foi marcante e predominantemente feminina, sobretudo multigeracionais. Foi possível traçar, de leito em leito, valores dos papéis de “ser mãe” e suas demandas sendo passados e disputados com as profissionais e as acompanhantes, principalmente mães, tias e avós.

Considerando a importância dos caminhos delineados pelas políticas públicas frente ao cuidado ao parto, é na discussão mais ampla da Saúde da Mulher que observamos a relevância da busca pela melhor assistência ao parto. Reconhecendo o índice da Razão de Mortalidade Materna (RMM), como aparece na Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM) de 2004, vemos sua importância para refletir sobre a qualidade de atenção em saúde como um todo, já que o evento observado –o parto – é uma experiência que, a princípio, não estaria pelo acometimento de doenças (BRASIL, 2004).

A PNAISM e outros programas e leis surgiram com a finalidade de estruturar e

organizar a atenção à saúde materno-infantil, buscando a melhoria da assistência para diminuir esse índice. Contudo, segundo Diniz (2009), no Brasil, encontramos um paradoxo: nos últimos 20 anos houve uma melhoria de praticamente todos os indicadores da saúde materna, assim como grande ampliação do acesso aos serviços de saúde; ainda assim, a melhoria das taxas de mortalidade materna e neonatal está bem aquém do que se espera. Tal paradoxo também se apresenta como uma motivação teórica, pois nos faz atentar para o movimento de hospitalização do parto e sua não relação como um melhor cuidado. Na literatura, é apontado o papel fundamental da medicalização do parto na mudança de um “saber de mulheres” para uma “ciência da mulher” que passa a ter um papel estratégico de controle social (MARTINS, 2004). Essa medicina, embasada por um discurso científico, constrói um lugar de assujeitamento para essa mulher e o—protagonismo médico fica como detentor de um saber incontestável, promovendo mais intervenções, mas não necessariamente o cuidado adequado (MAIA, 2010; MARTINS, 2004; ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002).

A partir do reconhecimento de um cenário potencialmente iatrogênico e violador, são observados esforços para uma redescritção do corpo feminino como apto ao evento. Entendemos esses esforços como um movimento de “Humanização do parto”, em que contribuíram profissionais da área e movimentos feministas, em suas múltiplas inserções e enquanto campo discursivo. O parto não é colocado como um perigo imprevisível que deve ser domado, mas como um processo fisiológico marcante que, na maioria das vezes, não necessita de quaisquer intervenções. O olhar sobre o evento passa a apontar a multifatorialidade da experiência que é também cultural, social, pessoal e sexual. Esse novo paradigma é inserido na assistência no Brasil, em termos de políticas públicas, desde o PAISM, lançado em 1983 pelo Ministério da Saúde como observam Diniz *et al.* (2015) e Maia (2010). Contudo, é na Política de Humanização do Pré-natal e Parto (PHPN), de 2002 (BRASIL, 2002), que surge a temática em específico do cuidado no ciclo gravídico-puerperal, redefinindo os aspectos da atenção ao parto (MAIA, 2010).

O uso do termo “humanização do parto” é trazido em alguns trabalhos (DINIZ, 2005; DINIZ, *et al.*, 2016) como uma escolha deliberada para não abordar diretamente a questão da violência por receio de um posicionamento hostil dos profissionais que seriam de certa forma acusados com o uso de um termo explícito sobre a problemática. Contudo, é fato que na própria discussão da violência obstétrica temos diversas definições e focos – como de olhares do atravessamento da violência de gênero, da reivindicação de direitos ou mesmo visões que propõem tratar da problemática, restringindo-se à necessidade de mudanças técnicas e aprimoramento profissional.

Para esta pesquisa, reconhecemos a violência obstétrica como um fenômeno disruptivo no cuidado que impacta os desfechos e evidencia condutas inadequadas tecnicamente, que perduram naturalizadas com reflexos para a saúde como um todo, com incidência a partir de certos ordenamentos hierárquicos (DINIZ *et. al*, 2015). Tal entendimento do fenômeno deixa em evidência seu caráter fundamentado em uma disparidade racial, onde as mulheres negras são o maior alvo da mortalidade materna. Assis (2018) nos apresenta a incidência de mortes por hemorragia entre os anos de 2000 e 2012 no Brasil, que observamos cair entre mulheres brancas e aumentar entre mulheres negras. Um número crescente de produções nos ajuda a compreender em profundidade esse caráter estruturante.

Assim, mesmo com a consistência dos achados na produção acadêmica sobre o fenômeno, e notando tensões entre os diferentes atores envolvidos e as mudanças dos temas daqueles engajados na discussão, torna-se relevante levantar dados que revisitem a temática. Através das narrativas das experiências individuais das mulheres, buscamos explorar a construção de uma realidade (BRUNER, 1991) que pertence e alimenta intersubjetivamente um processo igualmente particular e social sobre a violência referida.

Nas narrativas de parto de mulheres atravessadas por diferentes marcadores sociais da diferença, buscamos significações e impactos da assistência; da mesma forma, olhamos para a ocorrência de eventos de violência e como isso aparece nas experiências individuais e conjuntas. E, a depender desses contextos temporais internos e externos, estruturamos a presente escrita. Em um primeiro momento, o capítulo intitulado *Metodologia* apresenta breves fundamentações para a análise e os parâmetros metodológicos da pesquisa.

No capítulo *Marcos Teóricos*, apresentamos os pressupostos que baseiam esse estudo, divididos em três pilares que permeiam a escrita e orientam a análise das histórias narradas pelas entrevistadas.

A partir dos entendimentos dos delimitadores da pesquisa em adaptação ao que foi encontrado na vivência do campo, no capítulo seguinte, intitulado *Encontro com as famílias: a entrada em campo*, nos detemos à chegada ao campo e o encontro com as famílias. Nesse momento apresentamos um resumo das histórias geracionais das vivências de parto entre as familiares, de modo a identificar as permanências e particularidades em cada realidade.

Após isso, o capítulo *Encontro com as gerações: ordenando a escuta* aprofunda a reflexão da produção sobre a medicalização do corpo feminino com profundo diálogo com a medicalização do parto, a humanização do parto – desde sua noção enquanto movimento social até sua presença nas políticas públicas –, a violência obstétrica em suas articulações, disputas e silenciamentos e as categoria de gerações enquanto uma oportunidade para se refletir as

vivências, bem como uma problemática.

Por fim, no capítulo *Vivências de violência obstétrica entre as gerações*, propomos um espaço para refletir e pormenorizar como a violência se apresenta, como é nomeada e reconhecida sob a perspectiva de cada geração, perpassando pela centralidade do conhecimento médico como comum às vivências violadoras, bem como a opacidade da participação mulher nas escolhas de seu próprio corpo.

Considerando que a marca da violência obstétrica se dá pela objetificação da mulher e subjugação de seu corpo (DINIZ *et al.*, 2015), que supostamente não lhe pertence mais, nos propomos ouvir, em profundidade, as mulheres, suas vivências, seus contextos temporais, seus questionamentos, situando-as como protagonistas do processo.

2. METODOLOGIA

A pesquisa narrativa foi a primeira aposta feita, dada as motivações que mobilizaram o atual trabalho. Essa metodologia conta com grande diversidade de vozes e é um campo marcado por debates bem definidos e abordagens conflitantes. Contudo, é uma aproximação interessante por se diferenciar de abordagens baseadas em conteúdo, não focando em categorias evidentes por si mesmas, permitindo ter acesso à camadas de sentido contraditórias, trazendo-as para um profícuo diálogo entre si, entendendo mais sobre mudanças sociais e individuais (SQUIRE, 2008).

Na pesquisa em questão, o foco na narrativa nos permite acolher a individualidade da experiência humana que buscamos nos debruçar ao mesmo tempo que podemos adereçar questões dos atravessamentos sociais, diversos agenciamentos presentes no tema abordado. Também, tomando nosso posicionamento de forma cautelosa. É evidente que, através de nossa escuta, propomos fazer com que certas histórias tenham um espaço possível onde possam operar significações que podem ser excluídas ou negligenciadas nas estruturas e processos políticos dominantes.

Em específico aos estudos em saúde, Costa e Gualda (2010) trazem a antropologia, o método etnográfico e a narrativa como possibilidades para acessar os sentidos atribuídos e a experiência dos sujeitos sobre processo saúde–doença. As autoras referem-se à narrativa como um evento social e, a partir de observações de Becker e colaboradoras (2009 *apud* Costa, Gualda, 2010), consideram a narrativa como o caminho mais coerente para a descoberta das realidades culturais sobre saúde e doença. Da mesma forma, Good (1994 *apud* Costa, Gualda, 2010), entende que a narrativa constitui uma modalidade alternativa da representação que é mais apropriada a determinados aspectos da experiência do adoecimento. Mesmo não compartilhando o mesmo tema imediato (a doença), temos a aposta em comum de modalidade interpretativa da pesquisa em que a partir da entrevista permeia uma realidade interna, subjetiva da entrevistada, se demorando sobre o significado que ela atribui a sua experiência relacionada a sua realidade cultural.

Com interesse nas narrativas de pré-parto e parto das mulheres, assumimos maior foco nas experiências. Centralizar nas experiências nos permite ir além da busca por registros de acontecimentos reais, acompanhando a construção conjunta de histórias a partir das relações estabelecidas com outros indivíduos, até mesmo entre contador de histórias e ouvinte. Com esses interesses, entendemos como Schutz (2012), que é convocado por alguns autores (CASTRO, 2012; GOMES; LIMA, 2019), que essas experiências individuais compõem e se

baseiam em todo um mundo intersubjetivo que tece os processos sociais. Essas são orientações úteis para tratar as narrativas no contexto analítico, de forma a observarmos as histórias trazidas tanto como uma reconstituição de um evento, uma expressão de uma identidade e um marco de traços culturais, como nos aponta também Squire (2008).

- Quem foram as narradoras?

Buscamos grupos de mulheres de uma mesma família, tendo em vista o observado em experiência no trabalho na maternidade e as contribuições de análise de Mannheim (1982), autor que traz importante contribuição caracterizando as gerações enquanto um fenômeno sociológico. Propomos entrevistas de quatro famílias, com cada uma contando três gerações temporais (avó, mãe e filha).

Reconhecendo o avanço das discussões sobre o impacto da interseccionalidade de opressões presente em seus diferentes atravessamentos nas condições de vida e no cuidado às mulheres, buscamos um meio de observar a complexidade das identidades e das desigualdades sociais. Com isso, propusemos ter na pesquisa metade das famílias de mulheres negras, e a outra de brancas. Essa escolha busca ir além de apenas verificar a multiplicidade de sistemas de opressão, mas também reconhecer a partir da pertença delas como esses sistemas constroem e reproduzem as desigualdades no cuidado (HIRATA, 2014).

Procurando as mesmas marcas interseccionais, incluímos nesses grupos a abrangência de diferentes camadas de classes, entendendo haver um importante diálogo com oportunidades e acesso a serviços. Com base nesse pensamento dentro das categorias de famílias negras e brancas prevíamos entrevistar aquelas pertencentes à classe média e aquelas de classe popular, tendo como premissa a adaptação do entendimento do CPS/FGV a partir dos microdados da PNAD/IBGE que faz recortes de classes baseadas em suas rendas (FGV, [s. d.]).

Após ter contato com o campo, em retrospecto com a proposta dos parâmetros iniciais, podemos esquematizar os grupos encontrados segundo esses principais dados da seguinte forma resumida na tabela 1, logo abaixo.

Tabela 1: Relação entre participantes segundo pertencimento de idade, raça/cor e classe social

	Identificação	Idade	Raça/cor	Classe
Família Carvalho	F1G1 (Cora)	79	Negra	C
	F1G2 (Cecília)	49	Parda	C
	F1G3 (Carolina)	34	Branca	D
Família Moreira	F2G1 (Maria)	74	Branca	C
	F2G2 (Márcia)	47	Branca	C
	F2G3 (Mariana)	29	Branca	D
Família Oliveira	F3G1 (Odete)	66	Parda	D
	F3G2 (Olga)	45	Parda	D
	F3G3 (Olívia)	23	Negra	E
Família Teixeira	F4G2 (Teresa)	57	Branca	E
	F4G3 (Tarsila)	31	Branca	E

Fonte: própria autora (2022)

Foram entrevistadas 11 mulheres de 4 famílias diferentes. Destas, três mulheres na faixa de 66 aos 79 anos, sendo avós de mães e foram denominadas para esse estudo pertencentes a **Geração 1**. Outras quatro mulheres que estão na faixa entre 45 aos 57 anos, por serem mães (ou tia) de mães da geração 3, foram identificadas como grupo da **Geração 2**. Por fim, quatro mulheres mães na faixa dos 23 aos 34 anos foram consideradas pertencentes a **Geração 3** deste estudo.

Para as identificações das demais pertencências dessas mulheres, foi preciso conciliar a noção de manter poucas perguntas prévias para entrevista narrativa buscando evitar evidenciar elementos de interesse da pesquisadora que atravessassem a forma das mulheres trazerem suas narrativas. Dessa forma, já na entrevista, ao final, no momento sem gravação, foi sinalizado o

interesse do levantamento de informações pessoais e socioeconômicas para uso da pesquisadora. Sinalizamos os elementos de raça/cor, classe social e outros – que se tornaram relevantes ao longo da pesquisa como escolaridade e ocupação. Contudo, pelo tempo extenso da entrevista, foi combinado que a pesquisadora entraria em contato pelo aplicativo de mensagens *whatsapp* com as mulheres pedindo as informações para que elas pudessem ser fornecidas com calma.

Assim, as Gerações 3 e 2 foram contatadas diretamente (com exceção de uma mulher que não tinha o aplicativo) e as informações da Geração 1 foram passadas através dos contatos com a geração 2. Podemos pontuar como essa forma de coleta de dados apresenta falhas advindas da dificuldade de um contato mediado por tecnologias e o contato limitado daquelas sem familiaridades com as ferramentas usadas. Contudo, a sensibilização realizada com todas as participantes e os contextos das narrativas apresentadas não mostram sinais de grandes discrepâncias frente as informações apresentadas nesse segundo momento.

Sobre a identificação raça/cor dessas famílias, foram entrevistadas duas famílias predominantemente negras – em que duas ou mais gerações se identificaram como pretas ou pardas – e duas famílias predominantemente brancas. Foram observadas alterações em relação a essa autoidentificação como o passar das gerações das famílias negras. Dessa forma, em uma das famílias, as Carvalho, houve identificação da mulher pertencente a Geração 1 se identificando como negra, a da Geração 2 como parda e a Geração 3 como branca. Esse “embranquecimento” ocorre com a família identificada como de classe média. Já na segunda família, as Oliveira, foi observada a identificação das duas primeiras gerações como mulheres pardas e a da Geração 3 como negra. No total, tivemos seis mulheres se identificando enquanto brancas, três mulheres se identificando negras e duas mulheres se identificando como pardas. Também podemos identificar a inflexão geracional, observando um crescente movimento social negro tematizando a percepção da negritude além de políticas afirmativas para essa população. Dessa forma, a autoclassificação racial se altera com o passar do tempo.

Esses movimentos de identificação nas famílias negras nos convidam a pensar sobre os processos históricos que compõe o racismo, baseados nessas classificações. No Brasil, como Almeida (2019) nos aponta, a classificação racial, além da aparência física de ascendência africana, se refere também ao pertencimento de classe explicitado na capacidade de consumo e na circulação social que altera essa percepção. Assim, “a possibilidade de “transitar” em direção a uma estética relacionada à branquitude, e manter hábitos de consumo característicos da classe média, pode tornar alguém racialmente ‘branco’” (p. 37).

A identificação de pertencimento de classes (definida não por posicionamento no

processo produtivo, mas por extratos de rendimento) foi proposta a partir de faixas de renda familiar da FGV e foram identificadas classes C, D e E entre as entrevistadas. Houve muita variação entre os relatos das mulheres, mas, em relação a classe e o grupo familiar, pudemos identificar que duas famílias pertenciam à classe popular – em que duas ou mais gerações se identificaram na classe E ou D – e duas famílias predominantemente pertencentes à classe média – em que duas ou mais gerações se identificaram na classe C. Vale ressaltar que a identificação a essas classes foi feita a partir de uma pergunta inicial aberta e foi fornecida, caso solicitado informações, uma tabela com as faixas de renda familiar da FGV. Ficou clara uma dificuldade do entendimento do conceito proposto de “classe” se relacionando apenas a um valor monetário. Com isso, muitas relacionavam valores que importavam mais ou traziam ressalvas de definindo como: “não passo necessidade” ou apenas “pobre”.

Marcadamente, as **Gerações 3** das duas famílias pertencentes à classe média relatam estar em condições mais fragilizadas em relação às duas gerações anteriores às suas, se identificando na classe D. Não podemos deixar de mencionar a conjuntura atual, já que estamos em um período de recessão, altas taxas de desemprego e más condições de trabalho e remuneração (MARTINEZ; CAVALLINI, 2021). Sobretudo, vale apontar como essa realidade afetou os rumos e escolhas sobre seus partos, com ambas as mulheres trazendo como suas condições de vida as fizeram realizar o acompanhamento da gravidez do parto no sistema público ou mesmo como limitaram sua escolha de via de parto – uma vez que “médico de plano”, em oposição ao particular, não poderia dar tanta atenção e por isso optam pela cesárea.

Uma limitação a se observar em relação a informação de classe e sua variação é que a identificação de classes sociais se faz no momento presente, quando foi feita a entrevista e não em relação ao momento em que essas todas essas mulheres tiveram suas experiências de gravidez, parto e puerpério. Dessa forma, temos relatos, principalmente de mulheres da **Geração 1**, trazendo em suas próprias narrativas situações difíceis no início de suas histórias e, com passar do tempo, uma melhoria de condições de vida e mobilidade social.

Com o entendimento de gerações ampliado, buscamos não apenas mães e avós, eram também sugeridas tias, tias avós, sogras etc. Ainda assim, verificou-se dificuldade em encontrar as gerações mais velhas, ou mais especificamente, todas as três gerações de mulheres de uma mesma família. Ao estar em contato com grupos de mulheres grávidas e puérperas, uma das primeiras informações a serem captadas foi como são poucas as mulheres que sinalizavam ter avós vivas ou ter contato com essas mulheres. Observamos essa realidade sem distinção entre mulheres brancas e negras ou mesmo pertença de classe, mas ressaltamos não ter colhido dados mais específicos sobre assunto por inicialmente excluir a conformação familiar “incompleta”

do escopo da pesquisa.

Contudo, a dificuldade precisou ser expressa na pesquisa com a inclusão de uma das famílias “incompletas” sendo sustentada a escuta apenas das **Gerações 2 e 3**. Tal escolha foi feita tendo em vista o prazo para a realização do trabalho bem como o engajamento das participantes para contar suas histórias. Com isso, temos evidenciado na própria população do estudo esse achado, reconhecendo a dificuldade encontrada no campo e o dado que ela nos traz. O resumo das informações coletadas das entrevistadas encontra-se esquematizado para consulta em tabela disponível no **Anexo 4**.

- Como chegamos a essas narradoras?

As entrevistas foram feitas digitalmente, dada a pandemia da COVID-19 que vivemos desde março de 2020. Também assim se deu a chegada até esses grupos de mulheres. A aproximação inicial foi por meio de um grupo de *Whatsapp* de puérperas, conhecido pela minha inserção anterior em uma maternidade de baixo risco. O grupo é de caráter de apoio com a organização de encontros temáticos duas vezes por semana. Contando com mais de 70 participantes, o engajamento nas atividades não é grande, contudo, a movimentação no grupo é constante. A adesão usual ao grupo é espontânea, sem necessidade de permissões, se dando a partir de um link – até por isso é notável a presença de mulheres de diferentes faixas etárias e regiões do Brasil. A minha entrada do grupo aconteceu após apresentação da pesquisa e seus objetivos para administradora do grupo, uma enfermeira da maternidade que atuei.

Considerando as etiquetas próprias da comunicação em redes sociais, no caso do grupo foi feito um aviso da minha entrada pela administradora, anunciando a minha busca pela narrativa de mulheres. A partir da entrada, fiz uma divulgação da proposta de escuta de relato de partos, falando do interesse de me aproximar das mulheres da família dessas primeiras voluntárias, reforçando o caráter geracional. Me coloquei à disposição para contato e dúvidas.

Outro caminho percorrido foi a adesão espontânea de pessoas que se ofereceram nas exposições do projeto, sobretudo nas aulas do mestrado e demais redes de contato. Essa possibilidade foi importante, dado os percalços enfrentados para encontrar grupos familiares dentro dos parâmetros idealizados. Profissionais da área de cuidado a mulheres tiveram o papel de mediar possíveis interessadas e fazer com que a pesquisa alcançasse uma população maior.

Independente da forma de contato, na aproximação inicial, foi explicado a partir de onde e como se deu a indicação para um contato particular com a mulher em cena. Uma explicação por meio de mensagem levava sempre o motivo do contato e o interesse de ouvir a história dela

(modelo da mensagem de aproximação encontra-se no **Anexo 1**).

- O que se buscou nessas narrativas?

Através das narrativas, buscamos analisar os sentidos atribuídos às interações estabelecidas com as equipes de saúde, o papel atribuído e desempenhado pela mulher no parto e pré-parto, pelo(a) acompanhante, os entendimentos das mulheres sobre as técnicas utilizadas em sua assistência– desde o acolhimento até às tecnologias e procedimentos aplicados–, os atravessamentos de raça, classe e gênero nos sentidos atribuídos à assistência recebida segundo o pertencimento geracional, e, por fim, analisar os relatos identificando se há episódios de violência obstétrica e como são nomeados e interpretados pelas mulheres.

Ao identificar esse fenômeno, buscamos seus entendimentos, sentimentos e assentamento pessoais, reconhecendo ser o caminho mais adequado para abordar os impactos dessa experiência sobre elas. Atentamos para reformulações e impactos de vivências múltiplas de partos seja em experiência própria ou próxima, uma aposta possível em um encontro multigeracional. Além da narrativa do parto, especificamente, também buscamos menções (ou mesmo ausência) aos contextos das condições de suas experiências.

As interpretações das narrativas buscam identificar aproximações e contrapontos aos afastamentos dos relatos da literatura e as políticas públicas, situando o papel da violência obstétrica nos casos. Em anexo (**Anexo 3**), encontra-se o roteiro usado para condução da entrevista, com as suas fases e questões.

- Como ouvimos essas narrativas?

Realizamos entrevistas narrativas que, conforme apontado por Jovchelovitch e Bauer (2002), contaram com um caráter não estruturado, de profundidade, com características específicas voltadas para a exploração das narrativas trazidas. Dessa forma houve, além uma preparação – momento de formulação de questões exmanentes presentes no roteiro produzido – quatro fases principais.

Na primeira fase, de iniciação, o contexto do encontro é explicado em termos amplos. Nesse momento, pediu-se permissão para gravar e, seguindo comunicado da Comissão Nacional de Ética em pesquisa “Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual” (BRASIL, 2021), foi registrado o consentimento da participação pela leitura de um termo disponibilizado em antemão. Da mesma forma, foram apresentadas as

fases posteriores da entrevista e feita a proposta de um tópico inicial. Uma pergunta ampla foi feita evitando conceitos, datas, nomes ou lugares, esperando que a interlocutora trouxesse esses elementos espontaneamente.

A segunda fase, a narração central, se realizou sem interrupções até uma clara indicação de desfecho (*coda*), contando com a escuta ativa da entrevistadora e o apoio não verbal ou paralinguístico. Além disso, notas para perguntas posteriores foram tomadas sem atrapalhar o contato. Ao final, ainda, investigou-se algo mais (com perguntas como “é tudo que gostaria de me contar? ou “haveria ainda outra coisa que você gostaria de me dizer?”) para se certificar do encerramento.

A terceira fase, a de questionamento, foi o momento de perguntas decorrentes da escuta ativa da narrativa e de algumas questões não respondidas pelo que foi apresentado. Nesse momento, buscou-se completar cuidadosamente as lacunas das histórias apresentadas. Os esclarecimentos seguiram três regras básicas: sem perguntas que busquem o “por que?” de opiniões, atitudes ou causas; questionamentos referentes aos tópicos de pesquisas foram “traduzidos” – se referindo aos acontecimentos empregando a linguagem do informante –; e não foram apontadas contradições na narrativa, para evitar clima de investigação detalhada que levariam a racionalizações não espontâneas que fogem ao propósito da pesquisa.

Por fim, na quarta fase, da fala conclusiva, eram desligados os meios de gravação e em uma situação mais descontraída, busquei comentários informais com informação contextuais que poderiam ser importantes para a interpretação dos dados. Intentamos contato com teorias e explicações que as contadoras de história têm sobre si mesmas, além de também avaliarmos o nível de (des)confiança em relação ao entrevistador – qualificando os dados levantados pelas informantes. Sempre foram feitas anotações imediatamente após esse momento.

Foram realizadas uma entrevista para cada uma das participantes mas, ainda assim, foram necessários contatos adicionais por mensagem para obtenção de algumas informações sobre pertencimentos e contextualizações das entrevistadas. A escolha sobre quais das gravidezes as mulheres poderiam abordar ficou livre e todas optaram por um panorama geral de todas as suas experiências de parto.

A técnica escolhida apresentou desafios, como apontados por Jovchelovitch e Bauer (2002). O papel de “mostrar-se ignorante” e as expectativas incontroláveis na entrevista – em que cada participante constrói hipóteses sobre o que a entrevistadora queria ouvir e o que ela provavelmente já sabe – resultaram no esforço de trabalhar sinalizando identificação e receptividade bem como a tentativa de transparecer que toda informação pontuada e igualmente importante desde que seja importante para a entrevistada. Ainda assim, identificamos uma

inclinação geral de buscar agradar trazendo um “final feliz” próprio para a entrevistadora.

A execução digital da técnica da entrevista buscou estabelecer uma conversação com áudio e vídeo utilizando a plataforma de conferências do *Zoom*. Poucas vezes houve interrupção pela plataforma e, quando foi o caso, não se avaliou prejuízo da entrevista sendo feita uma correção rápida e com naturalidade. O ambiente pôde ser acessado via computador ou *smartphone*, à escolha da entrevistada a partir de um *link* de acesso.

A interação digital trouxe complicadores e oportunidades como apontam Braga e Gastaldo (2012). A gravação do contato permitiu o retorno ao momento por diversas vezes, sendo possível interpretações densas e detalhadas. Como a comunicação em si já era viabilizada por um aparelho de gravação – a câmera e microfone dos computadores e celulares – não houve a inserção de um aparelho a mais para esse fim, o que, de certa forma, minimizou o embaraço situacional pela gravação. Na realidade, percebi que, pela distância, elas se dispuseram a mostrar elementos e incluir pessoas e coisas no encontro virtual, buscando, desse modo, aproximar a entrevistadora. Não raro eram os momentos em que as entrevistadas apresentavam o espaço, algo ou alguém que contextualizava ou fazia parte da história que estava sendo contada. Apesar de não estarmos em uma co-presença física imediata, percebeu-se a tentativa de inclusão da entrevistadora em suas casas, bem como nos cotidianos das mulheres. Ainda assim, contamos com limitadores principalmente no que diz respeito ao que a câmera é capaz de alcançar como a observação do espaço, das reações e dos comportamentos dos sujeitos por traz das câmeras ou fora do alcance do microfone.

Além disso, a conectividade foi um revés a ser enfrentado. Houve momentos de dificuldade com a permanência da imagem bem como outros problemas técnicos, contudo, em sua maioria, foram encarados como um quebra-gelo. Assim, a impossibilidade de olhar diretamente nos olhos, importante aspecto da interação face-a-face, foi respondida com o interesse de pela presença de ambos os lados.

- Coleta e compilação das narrativas

Os áudios foram gravados com o consentimento das participantes, por dois meios simultâneos: pelo próprio *software* do aplicativo da plataforma, que permite gravar a conversa, e um aplicativo de gravador do celular (interno, próprio do celular), captando o áudio por segurança. Posteriormente, foi feita a transcrição do material para a compilação e análise de dados. Além disso, a entrevistadora tomou notas de circunstâncias particulares das entrevistas, principalmente da fase final da entrevista em que os meios de gravação são desligados.

Sobre o uso das tecnologias pelas participantes, atentamos para as condições de uso das plataformas e mediações necessárias. Nos colocamos a disposição para explicação do ferramental que estava sendo utilizado, contudo, também contamos com auxílio das gerações mais novas para realizar a inserção das mulheres com mais dificuldade no uso da plataforma. Assim pontuamos que houve diferentes níveis de mediação entre as participantes, mas não foi observado prejuízo do conteúdo das entrevistas, inclusive, com essa ajuda servindo como uma forma de tornar mais próximo e familiar o acolhimento da proposta da entrevista.

- Análise de dados

Para análise, nos baseamos na proposta de Schütze apresentada por Jovchelovitch e Bauer (2002), como forma inicial da organização da análise detalha seis passos: (1) a transcrição detalhada do material verbal; (2) a divisão do texto em material indexado e não indexado – sendo o indexado as proposições com uma referência concreta (quem fez o quê, quando, onde e por quê) e não indexado as que extrapolamos acontecimentos expressando valores, juízos e “sabedorias de vida” que descrevem ou argumentam essa vivência; (3) uso de todos os componentes indexados do texto para analisar o ordenamentos dos acontecimentos para cada indivíduo – o que é chamado de trajetória; (4) a investigação das dimensões não indexadas do texto como “análise do conhecimento”, entendendo estas enquanto teorias operativas comparadas à elementos da narrativa, por se tratarem de um auto entendimento da entrevistada; (5) o grupamento e comparação entre trajetórias individuais das entrevistadas e (6) a observação de contextos e semelhanças para a identificação de trajetórias coletivas. Esse dimensionamento prático fornece um caminho para sistematizar as narrativas da pesquisa que podem se dar formas diversas dadas as diferentes temporalidades. Com esses passos, através da identificação das “trajetórias”, podemos ser capazes de colocá-las lado a lado.

Dessa forma, atentamos para essas diferentes dimensões das narrativas apresentadas na busca por entender sua localização temporal e subjetiva em relação a literatura já desenvolvida. Como apontam Muylaert *et al.*(2014), buscamos pistas sejam traços do contexto local, situacional, como para o contexto macro, com acesso a informações institucional, cultural e social, apontando um movimento entre os ditos e os não ditos do discurso circulante, auxiliando uma análise mais dialógica com contexto das narrativas. É dessa diversidade de discursos que pretendemos nos aproximar do entendimento do lugar das assistências ao parto na vida das mulheres, a identificação de experiências disruptivas do cuidado e a relevância de seus desfechos para a significação desse momento da vida delas.

Trazendo relevâncias dos elementos apontados nos objetivos específicos, busquei analisar individualmente cada narrativa, seus principais personagens, sua caracterização como pontos relevantes para trazer temáticas nas delimitações das famílias, gerações e atravessamentos de raça/cor e classe. Reconhecemos o que foi apontado pelas mulheres como conhecimento comum a ser compartilhado quando o assunto são histórias de gestar e parir e como eles se relacionam com a literatura e políticas públicas.

Entendemos a narrativa, frente às contribuições de Bruner (1991), como uma construção de realidade para o ponto de vista de quem conta e, dessa forma, há em cena aspectos como o reconhecimento da possibilidade da co-presença de futuro e passado no presente, a reconstrução do passado por novos 'presentes' e a projeção do presente em imaginações futuras. Entende-se que essa narrativa é traçada por uma funcionalidade que move interpretações que nos atentam para a intencionalidade e suas condições de compartilhamento e o que é compartilhado de conhecimento entre a contadora de história e a ouvinte. Por isso, a análise não teve finalidade de buscar por realidades generalizáveis, mas sim dialogar com a realidade empírica, buscando novas articulações com a temática proposta. Dessa forma, a organização dos dados se baseia na relevância da experiência de pré-parto e parto em diferentes tempos objetivos, mas também com a experiência interna, subjetiva. Dado os períodos variados relatados em cada narrativa, a ideia que se estabeleceu após o grupamento das histórias em pertencimento familiares e de geração foi a certeza da fuga do uso de um “realismo temporal”.

Foi no processo de análise de dados que ocultamos as reais identidades das mulheres e suas famílias sob nomes fictícios. Com isso, escolhemos sobrenomes e nomes com mesma inicial para fácil identificação. Os nomes das famílias foram inspirados em árvores, já que acompanhamos (pequena) parte de uma árvore genealógica. Também, para a visualização das informações coletadas, foram produzidas diversas esquematizações gráficas - algumas que já foram e outras que serão apresentadas ao longo das escritas.

- Questões éticas

Buscando garantir o previsto nas resoluções as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 2012 (BRASIL, 2012), nº 510 de 2016 (BRASIL, 2016), e o recente comunicado “Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual” de fevereiro de 2021 (BRASIL, 2021), a pesquisa, em diferentes níveis de profundidade, foi esclarecida em todos os momentos de aproximação. No momento de aproximação individual desses participantes, foram apresentadas informações gerais da

pesquisa falando de seu formato de entrevistas digitais gravadas, para uso exclusivo da pesquisadora, e o intuito de ouvir as narrativas. Apesar do tema ser a violência obstétrica, optamos por não colocar o termo enunciado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nem nas aproximações e no roteiro, uma vez que identificamos a polissemia dessa definição e o fato de nomear por nossa conta certos acontecimentos poder gerar racionalizações não desejadas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Anexo 2**) foi enviado por aplicativo de mensagens, por escolha das participantes, para leitura detalhada e possível aceite, sendo feita a leitura conjunta desse termo no primeiro momento da gravação da entrevista. Para garantir fluidez, contamos com um modelo de fala expositiva que auxiliou na obtenção do consentimento que foi gravado (presente na primeira etapa do roteiro de entrevista, no **Anexo 3**). O registro é mantido em *pendrive*, assim como suas posteriores transcrições. Mencionamos a possibilidade do acesso das participantes a esses materiais caso haja interesse.

A todo momento foi marcado o caráter **voluntário** da participação com a **possibilidade de interrupção** em qualquer etapa, sem prejuízo. Asseguraremos a **confidencialidade** dos dados coletados sendo todas as gravações salvas para acesso apenas da pesquisadora. Também foi garantida a **privacidade**, buscando-se preservar nomes e quaisquer outros dados particulares que as identifique. Por não haver gastos como os de locomoção ou alimentação não houve **ressarcimento**.

Identificamos como **risco de menor impacto** da participação possíveis encontros com sentimentos e lembranças que sejam negativas, ao que foi sinalizado a formação em psicologia da pesquisadora como um preparo para lidar imediatamente com situações emocionais repentinas. Também foi sinalizada a disponibilidade para adereçar essa mulher a um cuidado especializado caso ela sinta e sinalize a necessidade. Um **risco mínimo** de ruptura de parâmetros de privacidade e confidencialidade dos seus dados foi abordado ao garantirmos que a divulgação dos dados da pesquisa ocorrerá apenas para fins acadêmicos (como artigos, dissertações, teses e congressos), de forma a garantir o anonimato das participantes, sob nomes fictícios. Enfim, podemos apontar o **risco de menor impacto** de constrangimento e/ou o cansaço com o tempo de resposta da entrevista. Frente a isto foi garantido um período estipulado de uma hora, sempre sendo sinalizado que qualquer desconforto ou necessidade de pausa ou cancelamento pode e deve ser informado sem nenhum prejuízo. Essa situação não chegou a ocorrer ao longo dos encontros, porém.

Foi apontado enquanto **benefício** da pesquisa, de forma indireta, a contribuição para o coletivo dada a importância do relato para ajudar na identificação de possíveis atualizações

necessárias para a promoção de um cuidado mais qualificado e com dignidade para mulheres que passem por esse momento.

Por fim, o momento de **devolutiva** previsto foi dificultado pelo restrições temporais do mestrado, contudo está prevista a produção de um *podcast* a ser compartilhado com as participantes, contando um pouco das contribuições de suas participações e apresentado brevemente o trabalho final e o que foi encontrado sugerindo posterior encontro conjunto com as integrantes de uma mesma família. Caso haja interesse também compartilharemos a produção resultante.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. DA MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO À MEDICALIZAÇÃO DO PARTO

O termo “violência obstétrica”, como expressa em seu nome, é uma violência circunscrita a todos os termos obstétricos apresentando estreita relação entre ciclo gravídico puerperal com saberes e práticas ditos científicos mensuráveis e controláveis, no contexto do espaço hospitalar. A partir dessa relação, o termo envolve todos os atores que protagonizam ações relacionadas ao cuidado nesse processo. O olhar atento feito por diversas autoras aponta o motivo dessa relação ter tanta relevância em nosso cenário atual.

Assim como nos aponta Vieira (2002), áreas como a psiquiatria, higiene e a medicina legal foram espaços de exercício de um notável discurso disciplinador sobre a mulher, contudo, nas narrativas destes campos, pouco se diz sobre a articulação desse discurso de poder com o desenvolvimento de práticas de cuidados com o corpo feminino. Esse desenvolvimento de tecnologias de intervenção sobre esse corpo “[...] significa exercer apropriação médica dele como objeto de saber” (VIEIRA, 2002, p. 23) e o desenvolver dessas práticas pode ser notado em primazia a partir da aproximação dos médicos ao parto.

Toda a sociedade sofreu processos de medicalização – termo usado para marcar a tomada de cenas do cotidiano como objeto de estudo e intervenção da medicina, assegurando ajustamento às normas sociais (MILES 1991, *apud* VIEIRA 2002). Contudo, a captura do corpo da mulher, com foco em suas funções reprodutoras, confundindo-se com sua sexualidade, teve papel de destaque. Esse corpo foi campo para a extensão e fortalecimento da prática médica como controle social, com importante papel político pela regulação de nascimento e a demografia das cidades.

Foi pela batalha contra a mortalidade infantil que se deu o caminho mais curto para adentrar, com a medicina contemporânea disciplinadora da segunda metade do século XVIII, o interior dos lares vencendo as resistências da autoridade paterna e dos saberes e práticas femininas, como identifica Martins (2004). Também foi o caminho para se aproximar dos corpos das mulheres-mães. A essas mulheres, passa a ser atribuído como único discurso para si o cuidado dessa criança que gerava, “confirmando” sua “natureza” intrínseca para esse cargo. O discurso da “natureza feminina”, com sua forte ligação às capacidades reprodutivas, é de grande importância para a reestruturação de toda a lógica familiar e, conseqüentemente, dos

valores normativos dessa sociedade que se funda (Vieira, 2002). Essa mulher, agora mãe, deve fazer o que é melhor para o seu filho, se inserindo em relações de submissão frente àqueles que mais sabem de seu corpo e de sua prole. Foi com esse discurso transformado em prática nos espaços antes compartilhados apenas por mulheres que vimos o florescer de uma “ciência da mulher”.

A tradição do parto, inicialmente uma exclusividade feminina, é um saber passado pelas parteiras no ambiente doméstico das mulheres grávidas. Essas detentoras do “saber das mulheres” levantam suspeita do Estado e da Igreja, que tem dificuldade em acessar os conhecimentos, preservados de forma geracional. A privacidade do momento do parto começa a se tornar incompatível com o projeto de controle populacional, uma vez que o resultado desse processo de dar à luz não fica claro, contabilizado ou registrado (MARTINS, 2004; ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002; MAIA, 2010).

Assim, o mesmo lugar que anteriormente foi negado pelos médicos por ser considerado “uma prática vil e inferior”, despertando repugnância e incompatibilidade pela disponibilidade despendidas pelas parteiras em seu ofício (MARTINS, 2004), passa a ter um papel estratégico de controle social.

Na defesa de um contínuo progresso das teorias e práticas, prometendo romper com uma “época de ignorância”, os cirurgiões obstetras não entravam em concessão com os conhecimentos populares que poderiam apresentar-se como concorrentes. O afastamento criou *status* e grande produção de conhecimento sobre as ciências biológicas, sobretudo a anatomia e a fisiologia, além da criação de novas ferramentas possíveis pelo entendimento responsabilidade do cirurgião sobre o parto. Os cirurgiões passaram a ser chamados por seus conhecimentos sobre esse corpo (corpo biológico, sem a pertença cultural), com seus tratados sobre o parto multiplicados. Já as parteiras, apesar da maior experiência, foram reduzidas à auxiliares do médico, ou mesmo substituídas. O paradigma do parto muda, ou seja, o padrão estabelecido para se olhar, falar e fazer o parto se modifica.

Nota-se que a medicalização e institucionalização do parto – que se inicia no século XVI com as regulações sobre a prática das parteiras e se consolida no final do século XVIII com a medicina contemporânea, a de controle dos corpos – não se apresenta enquanto projeto de dominação de forma igual a todas as mulheres. Nisso, é importante reconhecer a proximidade desses estudos e práticas médicas com ideias eugenistas. A retórica do controle da natalidade, principalmente o aborto e, mais à frente, da própria contracepção são debatidos muito além do individual, com desdobramentos para o crescimento da população nacional. Dessa forma, o projeto eugenista e de controle populacional afeta de forma peculiar cada grupo social que

constitui a população de um país. Nesse sentido, a esterilização foi usada amplamente em mulheres pobres e negras (ROHDEN, 2001).

Esse recorte de raça e classe é também observado no Brasil. No primeiro momento que se remete à saúde da mulher, em 1974, o PSMI (Programa de Saúde Materno-Infantil) surge como uma das metas do Plano Nacional do Desenvolvimento da época. Sendo a proteção do segmento materno-infantil, a expressão do valor social da mulher para o desenvolvimento econômico, relacionando a sua reprodução biológica como o objetivo final de gerar filhos saudáveis e vigorosos para povoar territórios e fronteiras vazios e também ter saúde necessária para servir ao país através do serviço militar (RAMALHO *et al.*, 2012). Nesse sentido, o PPGAR (Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco) – um programa complementar, criado em 1978, que pretendia oferecer assistência especializada para riscos reprodutivos e obstétricos – recebeu duras críticas pelo seu caráter controlador por adotar estratégias de controle de nascimentos de certos setores desfavorecidos economicamente e/ou socialmente excluídos.

Essas críticas viriam, como aponta Ramalho *et al.* (2012), do “movimento feminista brasileiro”. No período da redemocratização, movimentos organizados de mulheres ganhavam destaque nas esferas do poder público exigindo uma posição do Estado em prol da elaboração de um programa em saúde que abrangesse as mulheres de forma integral, respondendo a necessidades prioritárias desse grupo em sua integralidade (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Com esse movimento integrando a Reforma Sanitária, junto com outros movimentos sociais, em 1983, é lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), unindo a noção de integralidade e defesa por políticas específicas para mulheres.

A emergência de uma política que defende a integralidade da assistência à saúde da mulher é uma resposta ao processo de tomada do corpo feminino pelo saber médico, enquanto objeto de estudo e intervenção. Esse processo, que conta com uma passagem intensa e transformadora nos processos de gestação e parto, influencia no conjunto de representações e entendimentos dos papéis sociais femininos. Nesse contexto, os órgãos reprodutores, se apresentam enquanto metonímia para falar sobre o todo que é a mulher, seus papéis, sua normalidade, sendo, ao mesmo tempo, produzidos e reproduzidos argumentos determinados por este certo modelo de ordem social, que não só legitima narrativas, mas orienta a intervenções.

3.2. HUMANIZAÇÃO DO PARTO: DE MOVIMENTOS ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

No Brasil, Diniz *et al.* (2015) nos afirmam que data da década 1980 a tematização do

parto institucionalizado como uma experiência violenta feita por pesquisas acadêmicas que buscavam entender mais da assistência, marcando também que tal tema estava sendo abordado em trabalhos feministas dentro e fora da academia no Brasil. Além disso, em 1993, é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA). Essa iniciativa é inspirada por experiências em diversos estados brasileiros com o oferecimento de assistências humanizadas por coletivos e associações. A REHUNA denuncia a distância das realidades do atendimento, que em suas práticas tem potencial para condicionar violência e constrangimento, além de apontar as evidências sobre a efetividade e segurança das práticas adequadas.

Vale observar que, como contexto, vemos o interesse pela assistência ao parto por atores das mais variadas perspectivas que passam a discutir sobre tecnologias apropriadas ao serem identificados impactos físicos e emocionais desnecessários que poderiam ser resultantes de um modelo tecnocrático. Este aponta para a primazia da tecnologia sobre as relações humanas e suposta neutralidade de valores. Com isso, o uso irracional da tecnologia passa a ser visto como impedimento de redução da morbimortalidade materna e perinatal de alguns países (DINIZ, 2005). Desses questionamentos, uma colaboração internacional revisou exaustivamente procedimentos descritos em inúmeros estudos produzidos desde 1950. Como resultado temos as Recomendações da OMS compiladas pela primeira vez em 1996 com detalhes e classificações de práticas de assistência quanto à sua efetividade e segurança. No Brasil, sua versão em português ficou conhecida – e posteriormente com política própria foi distribuída aos profissionais da área – como “Parto Normal: um guia prático”(OMS, 2000).

Diniz *et al* (2015) e Maia (2010) entendem que, em termos de políticas públicas, é no PAISM, lançado em 1983 pelo Ministério da Saúde, que é feita a inserção de um novo paradigma na assistência à saúde da mulher. A Política de Humanização do Pré-natal e Parto (PHPN), de 2000, que aborda a temática do cuidado no ciclo gravídico-puerperal em vistas a sua humanização (MAIA, 2010). Apesar de “humanização” se inserir em uma discussão mais ampla, ela se expressa, no contexto da assistência ao parto no Brasil, como nome de um movimento e reivindicação de um modelo de parto que faça uso de procedimentos apropriados em termos de evidência e eficácia, que preze pela qualidade da relação entre a mulher e os profissionais, e que se comprometa com a desincorporação de tecnologia danosa (DINIZ, 2005; MAIA, 2010). A polissemia é evidenciada amplamente na literatura, contudo, presente nas políticas públicas, esse paradigma é incorporado como estratégia seja para reduzir os índices de morte materna seja para garantir a saúde materna.

A PHPN se apresenta objetivando “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao

recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p. 5). Dando ênfase na garantia de um padrão mínimo na assistência, esmiuçando o número de consultas, imunizações, entre outras questões de implementação básica, o programa acabou não incorporando tantos questionamentos do movimento de humanização às técnicas que poderiam ser consideradas “desumanizadas” e sem base nas evidências. Apesar disso, se deu como um importante instrumento de gestão (DINIZ, 2005). Dele seguiram diversas estratégias que visam implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Nesse interim, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) é consagrada no ano de 2004 com o intuito de repactuar o compromisso com a integralidade reforçando em linhas geris a importância da humanização da atenção como um todo e trazendo em sua estrutura a importante discussão sobre a “Mortalidade Materna” e a “Precariedade da Atenção” Obstétrica como parte de um panorama da saúde da mulher. Nessa ocasião é apontado o impacto dessa realidade e a importância de uma urgente melhora desse cenário (BRASIL, 2004).

Carneiro (2011) traz em sua tese, que também há diversas ações pelo nome de “humanizadas”. Essa pluralidade é importante e constituinte do movimento que, como a própria autora chama atenção, se observa enquanto um movimento social diferente, pontual e pulverizado, não contando com uma agenda ou mobilização organizada em qualquer instância. Diniz (2005) aponta que o termo foi usado nos sentidos dos mais diversos e opostos – também sendo adotado por movimentos de forte intervenção medicalizada de parto. Essa falta de unidade do termo em uso ou sentido é igualmente vista quando observamos os “partos humanizados” sendo explorados por estudos que abarcam as diversas significações em grupos de mulheres de classe média como de Carneiro (2011), enquanto podemos observar outras pesquisas buscando observar a implementação de políticas de humanização do parto em maternidades ou hospitais públicos onde o mesmo termo era desconhecido (DIAS; DESLANDES, 2006).

Em entrevista com Marcos Dias e Maria do Carmo Leal, participantes ativos no percurso do parto na pauta das políticas públicas brasileiras, se destaca um caminho de muitos desafios e parcerias visando uma mudança no modelo assistencial brasileiro que revertesse um cenário alarmante de mortalidade materna e práticas sem evidências (LEAL *et al.*, 2019). O que se torna marcante em seus apontamentos é que, apesar dos investimentos de gestores específicos e certas mobilizações de governo, a participação e demanda das mulheres é central, sendo crescente

frente a abertura política e evidentemente mobilizadora no alcance dos objetivos de melhores experiências para seus partos.

Sendo assim, a proposta da humanização pode compor, como aponta Diniz (2005), como um convite ao diálogo, mais do que uma proposta de mudança de práticas, pela sua própria polissemia. A autora aponta sentidos diversos do termo em reivindicações de legitimidade sendo enumeradas: 1) a legitimidade científica da medicina (ou assistência baseada na evidência); 2) a legitimidade política de reivindicação e defesa dos direitos das mulheres na assistência ao nascimento, o resultado de tecnologia adequada na saúde da população; 3) a legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes dos atores intervenientes na cena do parto; 4) a legitimidade financeira dos modelos de assistência; 5) a legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde e direito ao alívio da dor. Ainda, poderíamos adicionar a relevância a entrada de novos atores para essa dinâmica, assim como novas atribuições para outros profissionais frente a esse novo paradigma para dar conta dessa proposta de atualização de práticas de profissionais por meio de uma redescritção do corpo feminino e do evento do parto.

3.3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ARTICULAÇÕES, DISPUTAS E SILENCIAMENTOS

Além do diálogo pela sua polissemia, Diniz (2005) aponta outra qualidade do uso do termo “humanização do parto”: ser estratégico, menos acusatório, possibilitando driblar a posição defensiva ao abordar a questão da violação de direitos e exercício de práticas sem evidências na assistência ao pré-parto e parto. Como relata em diversos trabalhos (DINIZ, 2015; DINIZ *et al.*, 2016), tem sido uma escolha deliberada não abordar diretamente a questão da violência por receio de um posicionamento hostil dos profissionais que seriam de certa forma acusados a partir do uso de um termo mais explícito sobre a problemática.

Ainda assim, a discussão sobre violência se relaciona intrinsecamente na construção do movimento da humanização do parto. Contando com uma breve menção pela ReHuNa, em sua carta de fundação, conhecida como “Carta de Campinas”, que além da identificação de técnicas desnecessárias ou desatualizadas denuncia “circunstâncias violentas” da assistência ao parto, causando situações desumanas, degradantes e constrangedoras (DINIZ *et al.*, 2015).

Originou-se um movimento a partir da discussão sobre a assistência ao parto e sua humanização em “uma multiplicidade de perspectivas, de iniciativas pessoais e institucionais, políticas públicas, conflitos, colaborações, divergências e convergências.” (DINIZ, 2005, p.

631-632). As interações se intensificaram após a divulgação mais ampla – e posterior debate – de resultados de pesquisas que buscavam investigar violência institucional em maternidades públicas, que pretendiam dialogar com as dificuldades já citadas do PHPN e, dessa forma, traçando o caminho de análise que parte da violência – seu entendimento e reconhecimento – para chegar à humanização, defendendo que não se pode haver humanização – seja lá seu sentido e abrangência – onde há violência.

No Brasil o “Dossiê da Violência Obstétrica” de 2012 é uma produção que contribui para a concepção do fenômeno, consolidação do uso do termo e apresentação formal de demandas. Elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, o documento é uma confluência de resultados e reflexões de esforços acadêmicos e de movimentos de mulheres. Nele são denunciadas condições da assistência e dialoga-se com legislações nacionais e internacionais tendo em vista as realidades múltiplas brasileiras. O fenômeno da violência obstétrica é visto por analisadores como as altas taxas de cesárea e morbimortalidade materno-infantil e outros dados presentes em pesquisas como “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” de 2010 da fundação Perseu Abramo e o Inquérito nacional “Nascer no Brasil” e documentos oficiais como o PHPN, o manual da OMS de 1996 e a lei venezuelana (CIELLO *et al.*, 2012).

Com a ajuda de Oliveira (2019) entendemos essa categoria tendo em vista a sua composição em disputa, estando presente no campo de diferentes discursos. A autora, em sua análise genealógica, observa um deslizamento entre pautas e atores para o entendimento da violência obstétrica que envolve certo significado da mulher em cena e do processo de parto. A produção científica hoje profícua em relação ao tema aponta para essa diferente articulação da categoria em termos que não são idênticos, mas que se atravessam e convergem em alguns aspectos. Os enfoques dos discursos se confundem e se aproximam.

Em artigo de Martins e Barros (2016), ao falar do fenômeno da violência obstétrica, observamos a tentativa de um encaixe em relação a leis como Maria da Penha, apresentando um entendimento do fenômeno que orbita fortemente na concepção de uma violação de direito, sendo uma tendência vista como aproximações da definição observada na lei venezuelana de 2007 ou em documento da ONU de 2014, “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” (OMS, 2014).

Já na visão de autores como Zanardo *et al.* (2017), o fenômeno da violência obstétrica é um recorte de um todo expresso pela violência institucional cometida nas instituições de saúde, nas negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários, as violações dos direitos reprodutivos, a peregrinação por diversos serviços, a aceleração do parto para liberar leitos, e

mais.

Barros de Souza *et al.* (2016) apresentam uma variação denominativa que evidencia uma “violência institucional obstétrica”. O artigo, em uma revisão integrativa da literatura, chama atenção aos efeitos de uma institucionalização do parto que resulta na perpetuação de relações de poder desiguais do espaço social para o âmbito hospitalar com a atuação profissional, as condições físicas, organizacionais e de recursos da instituição em primeiro plano em detrimento das necessidades das parturientes. Essa violência institucional perpetrada contra essas mulheres causa danos físicos e psicológicos, assim como sérias repercussões para a sua saúde sexual e reprodutiva. A análise das autoras se demora nas intervenções médicas inadequadas, anulação de direitos, condições de trabalho dos profissionais de saúde e a formação desses profissionais.

Para além das instituições, o panorama da nossa sociedade é pincelado em algumas produções como a de Barbosa, Fabbro e Machado (2017), identificando a presença do discurso dos movimento de mulheres. Nesse artigo, as autoras por uma revisão integrativa tematizam uma “sociedade sexista, onde predomina o discurso e a norma heterossexualista, e sob essa ótica, gênero e sexualidade são determinados biologicamente e não construídos social e culturalmente” (p.192) Nesse sentido, também estamos imersos em um “panorama de desigualdades de gênero, onde situações como violência de gênero e violência obstétrica são naturalizadas, banalizadas e/ou invisibilizadas pelos atores dessa sociedade” (p.192).

Pensando em uma estruturação institucional e de gênero, apontada na literatura, definindo esse fenômeno, reconhecemos outros marcadores sociais emergindo através dos abusos identificados na assistência ao parto. No estudo de Santos, Oliveira e Souza (2016) e mais recentemente no de Assis (2018), destaca-se a ferramenta da interseccionalidade para melhor analisar a questão da incidência da violência obstétrica. É posto no holofote as “consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação” (CRENSHAW, 2002 *apud* ASSIS, 2018, p555) discutindo a forma que o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e mesmo outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que se estruturam e posições gerais que conduzem a assistência a essas mulheres, sendo a experiência do parto encarada por muitas mulheres como mais uma situação de subordinação.

Há também uma literatura que pretende discutir sobre a problemática atentando com mais ênfase ou apenas sobre a atualização de práticas obsoletas – sem levar em conta a realidade em que a iatrogenia afeta mais uns do que outros. Nesse sentido a episiotomia "de rotina" é muito investigado por se tratar de um procedimento que tem seu uso por conveniência, com

quase nenhuma recomendação. Kopereck *et al.* (2018), aponta que tal prática ocorre associada a uma facilidade maior dos profissionais em suturar uma episiotomia do que um rasgo, uma laceração eventual. Apesar disso, os autores apontam que essa prática tem raríssimas indicações e que em 94% dos partos em que ela é realizada não há indicação clínica para fazê-la.

São tantos os impactos da institucionalização médica do parto que alguns autores questionam a necessidade de uma condução dessa natureza, como Zanardo *et al.* (2017), ou defendendo a necessidade da formação de outros profissionais como enfermeiras obstétricas e obstetizas, especializadas no parto fisiológico, sugerindo outras orientações. A procura de certas mulheres a eventos do parto e nascimento “mais natural” também evidencia o reconhecimento desses impactos. Contudo, como Carneiro (2011) apresenta, essa concepção “mais natural” não necessariamente é sinônimo de uma experiência humanizada, observando os desejos e as escolhas da parturiente, mas sim uma experiência de parir passando por outros registros e cenários, mas que também podem remeter a práticas antigas e conhecidas de violação.

Na literatura, entre aqueles que denunciam a ocorrência da violência obstétrica e aqueles que condenam o uso do termo da violência obstétrica, em suas diversas expressões e campos, no cenário da assistência, ainda reconhecemos aquelas mulheres que ficam às margens ou mesmo de fora desses diversos discursos e disputas. Subalternas, elas descortinam em suas assistências as dificuldades de implementação de políticas de humanização da assistência ao parto como vimos segundo a análise de Maia (2010) e o desconhecimento das premissas de humanização desde suas políticas até seus debates (DIAS; DESLANDES, 2006). Nesse contexto se estrutura um descompasso, em que identificamos, seja segundo a academia ou pelos movimentos de mulheres e mesmo de humanização, experiências de violência sendo relatados por essas mulheres como situações usuais, sem concepção de mudanças possíveis ou mesmo necessárias, o que poderíamos chamar de banalização da violência obstétrica (AGUIAR, 2010, DINIZ *et al.*, 2015).

Sendo assim, ainda temos o desafio dessa voz que não conhecemos, mesmo com a consistência dos achados na produção acadêmica sobre o fenômeno, articulados por atravessamentos da ordem da saúde em suas validações técnicas e científicas, também da ordem dos diretos, em particular aqueles nomeados sexuais e reprodutivos e notando tensões entre os diferentes atores envolvidos e as mudanças dos temas daqueles engajados na discussão.

É nesse cenário, que surge o interesse expresso de explorar narrativas e entendimentos sobre as experiências do pré-parto e parto, observando significações e impactos desse evento para as mulheres da extensão de seu cuidado buscando a (possível) emergência e interpretação

sobre e da violência obstétrica.

3.4. O PROBLEMA (E OPORTUNIDADE) DAS GERAÇÕES

Com o caminho traçado até o momento, observamos a importância da inserção histórica e social da experiência do parto e de sua assistência para entender o fenômeno da violência obstétrica. Nesse sentido, surge o interesse em, ao se aproximar das vivências das mulheres, explorar também suas temporalidades. Essas mulheres cujo as vozes não conhecemos nessa discussão, não estão sozinhas. A breve experiência em maternidades nos mostra que, personagens no espaço das maternidades são predominantemente femininas e sobretudo multigeracionais.

O problema das gerações, apontado por Mannheim (1982), se relaciona com a determinação da origem do dinamismo social e das leis que regem as ações das componentes também dinâmicas do processo social. Ao escrever sobre “O Problema Sociológico das gerações” (MANNHEIM, 1982), o autor estuda a nossa existência social buscando escapar de um entendimento estático. Nesse sentido, uma geração ou uma mesma “unidade de geração”, como é nomeada, se distingue de outros fatos coletivos, não tendo características de uma comunidade, já que os membros não necessariamente conhecem concretamente os outros de um mesmo pertencimento. Também não é comparada a associações como organizações com fins específicos por não contar com um ato deliberado de fundação. Mannheim, como resposta, propõe um entendimento aproximando-se do que se entende por posição de classe que define como uma “situação” que é comum a certos indivíduos e que as localiza na estrutura de uma sociedade. Ele estabelece essa comparação, uma vez que, dentro de tanto uma situação de classe quanto de uma geração estabelece-se certa gama específica de experiências possíveis.

O fenômeno da “geração” é avaliado como esse processo de identificação de grupos etários atravessados por seus processos históricos-sociais específicos e as mudanças geracionais são vistas impactando fortemente diferentes aspectos da vida social. O autor aponta alguns indicadores dessa influência ao fazer a comparação com uma “sociedade utópica e imaginária” (MANNHEIM, 1982, p. 74). Ele caracteriza a constante irrupção de novos portadores de cultura que, por alterar a vida social, dinamizam e trazem vitalidade as sociedades; a saída dos antigos portadores de cultura de maneira constante que além do esquecimento daquilo que deixa de ser relevante ou necessário também promove a criação de memórias e recordações culturais que seguem nos guiando em diferentes níveis; a limitação temporal da participação de uma conexão geracional no processo histórico, não se referindo a ideia cronológica, mas sim de ter a

possibilidade presenciar os mesmos acontecimentos e, sobretudo, processá-los e estratificá-los de forma similar; e, por fim, a necessidade de transmissão constante de bens culturais acumulados, característica que atenta para um entendimento não dicotômico entre as velhas e as novas gerações, em que reconhece que superação desse encontro com orientações ou visões de mundo distintas pode resultar numa interação e troca de papéis, com ambas aprendendo com a outra.

Ao buscar certas afinidades na forma de se relacionar experiências comuns, explorando o que vincula socialmente os indivíduos sobre entendimento acerca do pré-parto e parto, temos nos subsídios de Mannhein mais de um caminho. Entendemos a importância das expressões geracionais para o dinamismo social se aproximando de gerações relacionadas ao entendimento do senso comum – aquelas ‘gerações familiares’ – e no contexto de proporcionar a análise de outras “situações” – principalmente de classe e raça – que formam o contexto específico em que modula como se pensa e operam princípios.

Segundo Mannhein, a família é um grupo que o autor identifica marcado por “laços existenciais e vitais de ‘proximidade’” (MANNHEIM, 1982, p. 69), e esse grupo e outros – como as tribos – fundamentam uma forma de grupo concreto que ele chama de “formação comunitária”. Ao tecer considerações sobre o que forma as gerações o autor revela que, apesar de não se confundir com os grupos concretos, são estes que viabilizam coesões já que seus laços permitem o desenvolvimento de concepções essenciais comuns. Dessa forma, ele entende que essas “unidades de geração” não surgem de forma espontânea, mas do interior de grupos em que identifiquemos uma tecitura comum alimentada mutuamente, o que vai reger atitudes frente a certas “situações” comuns.

Na experiência de pré-parto, parto e de encontros com a violência obstétrica, trabalhar em termos de família significa se aproximar de grupos que compartilhem maior possibilidade de ter relações com atravessamentos – seja de gênero, classe e raça – semelhantes. É a partir dessas posições com experiências em diferentes momentos histórico-sociais – que acompanham os embates já apresentados sobre a assistência – que buscamos acompanhar o movimento e vitalidade dos entendimentos do fenômeno em questão. Uma noção não engessada da interação dos indivíduos com seus contextos é importante para que não generalizemos suas interpretações e respostas para o que experienciaram ao mesmo tempo que nos permite reconhecer o seu posicionamento enquanto pertencente a uma ação coletiva no caminho da criação de uma posição geracional. Também, se mostra relevante a superação de uma linearidade ou evolução em um contexto que a literatura identifica no fenômeno uma diversidade de contextos e incidências que recai mais fortemente em grupos específicos de mulheres. Por outro lado, nos

permite a leitura das diferentes narrativas geracionais a partir do diálogo com os diferentes contextos históricos e discursivos sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

4. ENCONTRO COM AS FAMÍLIAS: A ENTRADA EM CAMPO

Após as discussões teóricas, disciplinas, o encontro com a banca e mesmo o diálogo para a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, o momento de encontro com o chamado campo foi, sem dúvida, diferente. Até então, uma breve parte do mestrado havia sido presencial e assim continuaria. Com a pandemia, ondas iam e vinham e a ordem que nos guia (até porque escrevo ainda neste mesmo período pandêmico) é o contato apenas quando necessário.

Como saída a esse momento de isolamento social e prevenções redobradas, a pesquisa foi realizada de forma *online*. Assim, a aproximação às mulheres aconteceu por meio de grupos de puérperas e gestantes em aplicativos de conversa *online* em oposição ao pensado inicialmente, com a presença no ambiente da maternidade como forma de “recrutar” essas famílias. Essa realidade trouxe atrasos e adaptações para o contato com o campo, diminuindo consideravelmente a população disponível e o alcance, além de serem necessários diversos ajustes para se aproximar das mulheres.

O tipo de aproximação realizada trouxe questões percebidas durante sua execução. Uma delas foi a forma de contato: pelos grupos de mensagens falamos para dezenas de pessoas ao mesmo tempo no seu cotidiano. Tornando-nos uma “notificação”, que será respondida (ou não) sem um momento específico. Ao me inserir no grupo observei uma finalidade definida, um espaço de troca do “momento presente”: dicas de remédios e produtos para gravidez ou recém-nascidos, dúvidas sobre o próprio corpo e suas transformações, receios sobre onde parir, desabafos sobre as dificuldades de cada jornada etc. Com isso, minha apresentação facilmente se perdia por não responder as demandas de muitas das mulheres do grupo.

Nesse contexto, a apresentação da pesquisa teve parte das mulheres interagindo, comentando e se colocando à disposição. Contudo, ficou evidente o atravessamento da apresentação por temáticas da natureza do grupo como dúvidas de alguma situação que estava acontecendo como o melhor suplemento de vitamina D para seus bebês ou algum preparativo para o parto. As trocas se davam em sua maior parte entre as grávidas e puérperas, com cada uma trazendo suas opiniões e experiências buscando ajudar aquela que solicitava auxílio. Entretanto, era marcante o engajamento maior das participantes nas vezes em que alguma das profissionais da área respondia ou comentava algo.

Estas personagens – as profissionais – estavam presentes no grupo por ele ter sido criado inicialmente em uma maternidade específica por uma enfermeira que convidou para a participar alguns colegas de trabalho que compartilhavam o entendimento da relevância daquele espaço.

Como não fui apresentada formalmente como uma profissional de saúde, estava em um meio caminho de espectadora, mas ainda com certo prestígio por ser apresentada como “pesquisadora”, tive imediata validação do tema que estava tratando pelas participantes que viram como “relevante” e “importante” a produção de conhecimento e de melhorias necessárias à assistência.

A partir da apresentação da minha proposta de pesquisa por breve texto feito por mim, e compartilhado pela administradora do grupo, me coloquei disponível para dúvidas e esclarecimentos tanto no grupo quanto em uma conversa privada – separada do grupo apenas com a pessoa solicitante. Assim, tive interações com algumas mulheres em que pude operar mais relações de identificação. Mesmo com a temática da pesquisa movimentando algumas do grupo, em sua maioria, elas responderam com uma importante realidade: seria difícil o encontro com a “**Geração 1**” da atual pesquisa, que seriam as avós. Os motivos eram diversos: não ter contato com a origem da família, falecimento antigo ou recente – dado o cenário pandêmico essa era uma situação a se considerar.

Com essa dificuldade, mas reconhecendo a riqueza de trabalhar com três gerações de mulheres de uma mesma família, segui em contato com as mulheres que interagiram comigo nos grupos mencionados, como já previsto, mas expandi o alcance para as mulheres do meu convívio (também digital), colegas de mestrado, de trabalhos etc. Aos poucos fui chegando em pessoas com quem trocava para saber mais de suas famílias, buscando os atravessamentos que estávamos nos propondo explorar na pesquisa.

Outro aspecto diferente a ser mencionado dessas aproximações era sua duração. Sem um cafezinho ou visitas, as conversas se davam por trocas de mensagens e áudios que se estendiam ao longo dos dias, contanto com as disponibilidades de cada uma. Diferente em uma situação presencial em que estaríamos no mesmo espaço simultaneamente para a conversa, no campo *online* isso não foi inicialmente possível, sendo as mensagens trocadas conforme as demandas e atribuições do dia, situação muito variável para as mulheres-mães mais recentes. Outro fato foi a aproximação inicial ocorrendo com a geração mais nova, sendo muitas vezes preciso a mediação delas para articular as entrevistas com as outras integrantes da família.

Essa dificuldade de contato com pessoas que por idade ou mesmo condições de vida não tinham tanta familiaridade com os meios digitais demandou adaptações metodológicas e práticas para que fosse possível o contato com as famílias em gerações com avós, mães e filhas. Em alguns casos, marcações das entrevistas ficavam para momento de encontro de mais de uma geração. Exemplo disso eram os almoços de domingo em família ou visitas às avós. Dessa forma, era possível conversas com a geração mais velha e ajuda de outras com a tecnologia.

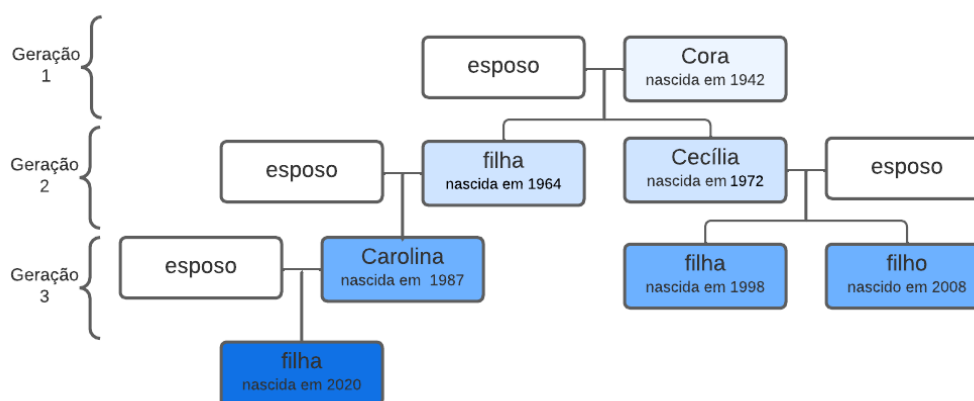
Com isso, vemos que as marcações envolveram para além dos contatos às mulheres e atenção a critérios de inclusão, também foram oportunidades para garantir o acesso ao campo.

Aos poucos comecei a organizar as primeiras entrevistas *online* para que eu pudesse ver e conversar com as mulheres que iam aceitando participar da pesquisa. De minha parte, um canto de minha casa foi reservado para que pudesse realizar essas entrevistas de forma mais reservada, a salvo da bagunça de uma casa em recente mudança.

Apresento aos poucos as famílias com as quais tive contato e a maneira com a qual foram realizadas as entrevistas junto com um breve panorama familiar de cada uma.

4.1. AS CARVALHO

Figura 1: Representação geracional da família Carvalho



Fonte: própria autora (2022)

A família Carvalho foi a primeira que consegui marcar a entrevista. As mulheres entrevistadas são três. A começar temos Cora uma mulher negra, nos seus 79 anos, que teve duas filhas. Ela pertence atualmente a Classe C, tem fundamental completo e é dona de casa, essas informações foram coletadas por sua filha Cecília, após envio de mensagem a ela solicitando informações complementares. Cecília, é uma de suas filhas que também foi entrevistada. Ela se identifica como parda, tem 49 anos e teve dois filhos, relata estar também na classe C. Cecília é assistente social e cursa pós-graduação. Por fim, temos Carolina, sobrinha de Cecília e neta de Cora, com 34 anos, tendo sua primeira filha recentemente, sinalizando estar na classe D. Carolina compartilha ter o ensino médio completo e ser atualmente dona de casa. Por ter contato direto a ela, através do aplicativo *whatsapp*, essas informações são coletadas diretamente após envio de mensagem solicitando informações complementares.

As entrevistas à Cora e Cecília acontecem na mesma oportunidade. Foi em um domingo, no finzinho da tarde, que aproveitamos uma das visitas de Cecília à mãe para fazer uma chamada de vídeo com Cora. Logo de primeira ela avisou de sua dificuldade para ouvir. Se ajeitou meio deitada com a cabeça apoiada lateralmente pelo braço no que pareceu ser uma cama em um cômodo bastante claro. Temos uma entrevista curta, mas em que ela contou de suas duas gravidezes.

Cora falou da experiência de uma primeira gravidez em 1964 aos 22 anos, com 4 meses de casada. O acompanhamento e parto aconteceu pela rede pública ao que ela atribuiu acontecer por não contar com condições financeiras na época para pagar pelo serviço dado o desemprego do esposo no momento. Também por essa dificuldade ela sinalizou que morou com a mãe durante essa gravidez e puerpério. Diz que após a bolsa estourar numa manhã e sentir dores – fato que ela sinaliza não saber muito bem o que significava – ela foi para o hospital de ônibus e lá foi recebida por equipe diferente de seu pré-natal. A via de parto foi vaginal, com o auxílio de fórceps.

Já sua segunda gravidez foi em 1972 aos 30 anos. Desta vez fez um acompanhamento e parto de forma particular e deixou claro o objetivo de fazer uma laqueadura, fato que alterou a via de parto para a cesárea para que fosse possível aproveitar a cirurgia para realizar o procedimento.

A noção de “sofrimento” em relação a experiência de parto, mencionada várias vezes por Cora, é algo que Cecília traz como influência em sua entrevista que acontece logo em seguida, depois de uma breve pausa para carregar o computador. Para conversarmos, em outro ponto do cômodo, Cecília sentou se apoiando em uma parede branca e colocando um *headset* o que deu mais privacidade a nossa conversa.

Ela contou que teve sua primeira filha em 1998 aos 26 anos, com 1 mês de casada. Relata ter optado por uma cesárea por um misto de falta de estímulo ao “parto natural” que ela diz ser inerente à época e também às histórias que ouvia de sua mãe sobre a experiência. Contava com plano de saúde, mas fez uma mudança de médico no início de sua gravidez, contudo, continuou sinalizando situações de incomodo em relação a conduta da segunda médica seja no acompanhamento, seja no parto.

Com a gestação de segundo filho, em 2008, com 36 anos, 10 anos após a primeira, relatou maior cuidado – atribuindo tal condição principalmente pela sua idade – com um médico que a acompanhava desde às consultas ginecológicas. Apesar de ter plano, a falta de apoio do médico a leva a pagar por conta própria a realização da laqueadura.

Mesmo com duas experiências de cesárea, ela trouxe visões diferentes das duas, falando

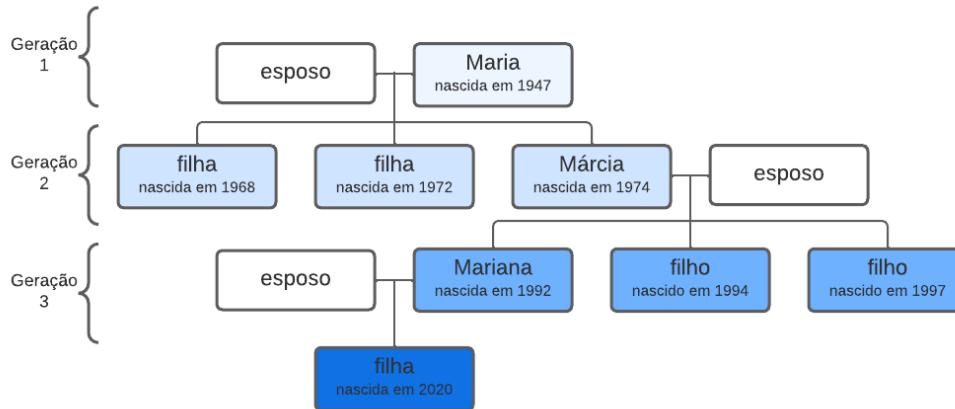
de um contraste de uma primeira experiência pouca interação no momento do parto e sua falta de vinculação. Já num segundo momento, reconheceu os profissionais que a assistiram com mais envolvimento e interação.

Foi no dia seguinte a essas entrevistas, numa segunda-feira, no início da noite, logo antes da rotina noturna da filha, que consigo fazer a entrevista com a Carolina. Em um canto de um quarto, que presumi ser da bebê, ela aparecia sentada em uma cadeira centralizada na imagem. Ele compartilhou comigo seu único parto que se deu recentemente, em fevereiro de 2020, aos 32 anos. Contou que essa gravidez se deu de maneira planejada ainda sem saber do início da pandemia. Teve um acompanhamento por plano de saúde e seguiu a indicação de profissional de uma amiga. Teve um parto cesárea por recomendação da médica na última consulta de rotina. Na sala de cirurgia, foi apresentada brevemente pela médica à equipe no momento do parto. Tem seu esposo como acompanhante apenas quando ela já estava “preparada”, no processo de esterilização.

Outro ponto singular do seu relato é a experiência da pandemia que trouxe para toda sua narrativa um tom mais solitário, pontuando o impedimento de algumas experiências – que apareceram no relato logo anterior, de sua tia –, como a presença de pessoas queridas na chegada da bebê e a realização de festividades ao longo da gravidez não puderam acontecer pelo momento e todos os cuidados que precisavam ser tomados. Ligada a essa questão, ela foi a única de sua família que falou detidamente e de maneira a nomear o momento do puerpério e reflete sobre dificuldade que essa fase impôs para além da fisicalidade da recuperação de uma operação como a cesárea.

4.2. AS MOREIRA

Figura 2: Representação geracional da família Moreira



Fonte: própria autora (2022)

Logo em seguida, consigo marcar de conversar com as Moreira. Nessa família temos Maria, uma mulher branca, nos seus 74 anos, que teve três filhas. Ela tem o fundamental completo, é dona de casa e pertence a classe C. Consigo essas informações após envio de mensagem para sua filha, Márcia, em que foi pedido que ela coletasse essas informações complementares, já que não teríamos a mesma facilidade de contato com Maria. Logo após, temos uma de suas filhas, Márcia, também uma mulher branca, com 47 anos, que teve também três filhos, estando na classe C. Márcia é pedagoga, tem pós-graduação e no momento da entrevista estava desempregada. Mais recentemente, temos Mariana, filha de Márcia e neta de Maria, com 29 anos, com uma filha, sinalizando estar na classe D. Ela no momento é estudante de graduação.

A primeira com quem falo é a Mariana. Foi numa quinta à noite, em uma oportunidade em que o esposo saiu para buscar a bebê que estava na casa da avó que conseguimos conversar por vídeo ao vivo. Acomodada no sofá de sua sala com o celular em mãos e fone nos ouvidos, Mariana compartilhou comigo um pouco de sua história. Contou que engravidou pouco antes da pandemia se iniciar, ainda em 2019, e teve sua primeira filha aos 27 anos em 2020. Por não ter plano de saúde e nem condições para um acompanhamento particular, recorreu à rede pública, o SUS, para seus cuidados na gravidez e no parto. Ainda assim, teve condições de fazer as ultrassonografias no particular, em uma clínica próxima ao posto, indicada por esses profissionais. Ao longo da gravidez, além desse acompanhamento, relatou muito estudo sobre

todo o processo, tanto por parte dela quanto de seu esposo.

Relata detidamente seu trabalho de parto desde casa até chegar à maternidade. Tem um parto vaginal que identifica que foi assistido por diversos profissionais cientes de uma abordagem humanizada. Foi após o nascimento da filha que ela relata situação de grande desconforto frente a tratativa de uma profissional com relação às instruções do tratamento de sua filha. Essa intervenção tem carga bastante negativa e, mesmo Mariana reconhecendo ter uma boa experiência de parto o momento disruptivo, garantiu uma desconfiança na assistência encontrada na assistência do sistema público.

No dia seguinte da entrevista com Mariana, fiz um encontro com Maria e Márcia, que estavam juntas. Acordamos de começar a conversa com Maria, que não conhecia diretamente antes da entrevista, já que troquei mensagem com sua filha para que pudéssemos organizar o contato com ela também. Vi Maria sentada afastada da câmera em uma cadeira em um cômodo bastante iluminado; ela falava comigo através de um telefone que foi posicionado a sua frente pela filha, para que ela não precisasse segurá-lo. Maria puxou a cadeira para perto e se inclinou para a minha imagem ao começar a me contar sobre suas experiências de parto em uma entrevista curta e pouco linear.

Recheados de adjetivos, ela me pontuou sobre seus três partos. O primeiro foi em 1968, quando tinha 21 anos. Não tinha tantos recursos nem tanta rede de apoio, ainda assim, pagava um plano de saúde simples através do qual fez o acompanhamento da gestação e o parto. Para esse parto, a via foi vaginal com auxílio de fórceps. Antes do uso desse instrumento, falou de outras intervenções.

A segunda gravidez foi aos seus 25 anos, em 1972. Ainda contava com pouco recurso e rede de apoio. Apesar de às vezes pagar alguém para a ajudar lavando roupa e outras tarefas domésticas, refletiu que era responsável por muitas atribuições. O segundo parto também foi vaginal e ela relatou tempo e intervenções semelhantes à experiência anterior.

Também compartilhou sobre seu terceiro parto que se dá aproximadamente 2 anos depois, em 1974, aos seus 27 anos. Dessa vez, teve uma cesárea pagando diretamente ao hospital para que também pudesse realizar uma laqueadura.

Trouxe uma narrativa de muitas dificuldades. Dessa construção foi possível observar possível motivação para a “preparação” que sua neta se referiu ter feito ao longo de toda gravidez.

Márcia, sua filha, conversou comigo logo em seguida. Ela volta a aparecer na tela descontraindo o clima um pouco tenso após a narrativa que sua mãe, assegurou a ela com palavras dizendo que estava tudo bem agora como a mãe repetia. Ao mesmo tempo, Márcia

tomou lugar na mesma cadeira, no mesmo cômodo. Antes da entrevista ela havia sinalizado já ter participado de outras pesquisas e parece mostrar certa familiaridade já que o que se seguiu foi uma entrevista curta, mas bastante esquematizada e encadeada.

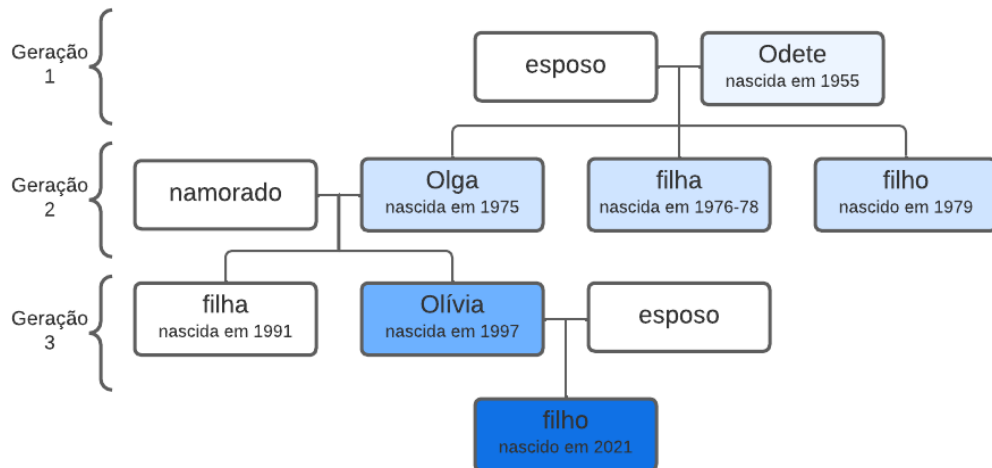
Ela contou que se casou e engravidou muito nova, com 19 anos, em 1992. Fez todo o acompanhamento com um médico pelo plano de saúde. Juntos planejaram como seria o parto: uma cesárea que seria feita apenas quando ela entrasse em trabalho de parto, ou seja, não marcada com dia para ter o bebê, mas sim quando o corpo sinalizasse.

Já seu segundo parto, pouco tempo depois, em 1994 aos 21 anos, desafia seus planejamentos, mesmo que seguindo o mesmo acompanhamento e planejamento com o mesmo médico. Uma semana antes da data provável de parto, no carnaval, seu bebê nasceu pela via vaginal. Apesar das consultas cobertas pelo plano, esse parto foi pago à parte.

Por fim, sua terceira filha nasce de um parto aos seus 24 anos, em 1997. Com todo o acompanhamento e planejamento com o mesmo médico dos outros dois partos, pelo plano de saúde, tudo ocorreu como o esperado com um “passo” a mais: a realização da laqueadura. Dessa forma, a via de parto foi a cesárea.

Márcia pontuou que fez as escolhas de seus pré-natais e partos com base nos conhecimentos que tinha, contudo, reconhece que segue aprendendo uma vez que, a partir da experiência da filha, teve possibilidade de pensar sobre outra ótica. De maneira interessante, sua filha também parece dialogar com seu relato em muitos dos elementos frente a realização de exames que ambas veem como um “dever” da gestante que deve investir o quanto puder nesses acompanhamentos.

4.3. AS OLIVEIRA

Figura 3: Representação geracional da família Oliveira

Fonte: própria autora (2022)

Tive a oportunidade de conhecer a família Oliveira, inicialmente, em um almoço de domingo. Isso porque houve a oportunidade de fazer uma entrevista em um dia em que Olivia sinalizou que tanto sua mãe quanto sua avó estariam em sua casa visitando seu pequeno recém-nascido. As mulheres entrevistadas foram três. A começar temos Odete, uma mulher negra, nos seus 66 anos, que teve três filhos e pertence atualmente, segundo o que analisamos em conjunto, à Classe D. Ela tem fundamental completo e trabalha como doméstica. Consigo essas informações pedindo, por mensagem, para sua filha Olga em momento posterior. Pedi que que coletasse essas informações complementares, já que as tínhamos com facilidade, nem contato direto com Odete. Em seguida, temos uma de suas filhas, a Olga, que por sua vez se identificou como parda, tem 45 anos e teve duas filhas, relatou estar também na classe D. Ela tem o ensino médio completo e trabalha atualmente como cozinheira. Por fim, temos Olívia, uma mulher que se apresentou como negra, filha de Olga e neta de Odete, com 23 anos, tendo seu primeiro filho recentemente. Sinalizou estar na classe E, como sua mãe, tem o ensino médio completo e atualmente é dona de casa.

Nesse primeiro encontro virtual, ainda que tenhamos todas nos apresentado, conversado um pouco e aproveitado a companhia do pequeno filho de Olívia, pelo tempo e demandas do cotidiano da casa pude entrevistar somente a Dona Odete. Começamos após ela se acomodar sentada na beira do que parecia ser uma cama num quarto. Em seu fundo estava um armário

com uma das portas espelhadas, o que me permitiu ver que na sua frente estava um berço em que se apoiava e fitava enquanto compartilhava comigo um pouco de sua narrativa.

Odete me contou que engravidou de sua primeira filha aos 20 anos – aproximadamente em 1975 – com dois meses de casada. Ela foi acompanhada tanto nessa quanto na segunda gravidez, pela rede pública pelo mesmo médico. Sem intervenção, o bebê nasceu por via vaginal.

Já sobre sua segunda gravidez, aos seus 21/22 anos – com o parto entre 1976 e 1978, sem saber precisar – teve um parto semelhante ao primeiro. Contudo, seu bebê acaba quase nascendo quando ela foi ao banheiro sozinha na sala de parto.

Além dessa situação do parto, falou do susto que teve por sua filha ter nascido com uma condição – alguns pequeninos “tumores” no pescoço que se rompiam e sangravam. Não teve grandes esclarecimentos dos médicos e ainda hoje não sabe dizer o que era, mas sua cunhada a ajudou com uma solução caseira que melhorou o quadro da criança.

A terceira e última gravidez aconteceu aos 23 anos – sendo o parto em 1979 – e tem o desejo desde início de fazer uma laqueadura. Assim, seu pré-natal foi pela rede pública, mas a cesárea aconteceu em um dia marcado e foi paga a parte. Após a cirurgia, contou que teve dificuldades para aceitar seu bebê e chegou a pedir para que as enfermeiras o levassem embora no primeiro encontro. Essa situação trouxe, segundo ela, uma relação de desconfiança das profissionais da enfermagem com ela.

Foi em outro momento, em uma quarta-feira à tarde, que consegui marcar uma entrevista com Olívia. Combinamos de aproveitar a hora do sono da tarde de seu recém-nascido para que pudéssemos conversar. Depois de dificuldades de conexão da internet, ela conseguiu se acomodar no mesmo quarto que já havia entrevistado a sua avó e iniciamos.

Olívia me contou de seu parto recente – menos de um mês antes – em 2021 aos 23 anos. Falou de uma gravidez desejada. Fez seu pré-natal pelo SUS perto de sua casa, recebendo a atenção de médicas e enfermeiras obstetras.

Narra múltiplas idas à maternidade. Falou de um parto num cenário solitário, principalmente pelo pouco acesso a profissionais em seu atendimento. De certa forma, repetindo as narrativas, teve um parto parecido com um dos partos de sua avó Odete. Dessa forma o bebê, nasce pela via vaginal, praticamente sem auxílio dos profissionais. Diferente da avó, pôde ficar com o bebê em seus braços e em grande parte do tempo contou com a companhia de seu esposo.

Logo no mesmo dia à noite, consegui entrevistar Olga, a mãe de Olívia e filha de Odete. Na ocasião, ela estava de repouso de uma ida a emergência que se deu de madrugada, mas ainda

assim sinalizou que gostaria de conversar naquela oportunidade. Após colocar o arroz no fogo, ela conversou comigo sentada no sofá de sua sala, segurando o celular nas mãos.

Olga me contou sobre seus dois partos. Sobre o primeiro, logo declarou que não teria muito o que narrar do parto em si já que não se lembrava de nada que aconteceu do momento e com isso começou a narrar as condições de sua primeira gravidez. Contou que engravidou aos 15 anos – em 1991 – de um ex-namorado também menor de idade. A gravidez não foi planejada, uma vez que as relações íntimas se iniciaram sem saberem sobre o uso de métodos contraceptivos. Ela passou grande parte da gestação sem saber que estava grávida e descobre a situação – já no sétimo mês – em uma consulta ginecológica em que descobre também por onde o bebê sairia e aprende sobre o processo que estava passando.

Com toda situação, não foi feito um pré-natal e seu parto, feito de maneira repentina após um exame, foi uma cesárea em que recebeu uma anestesia geral, só acordando no dia seguinte. Falou apenas do fato de não ter contado com acompanhante no local e de ter conhecido a sua filha já no quarto em recuperação.

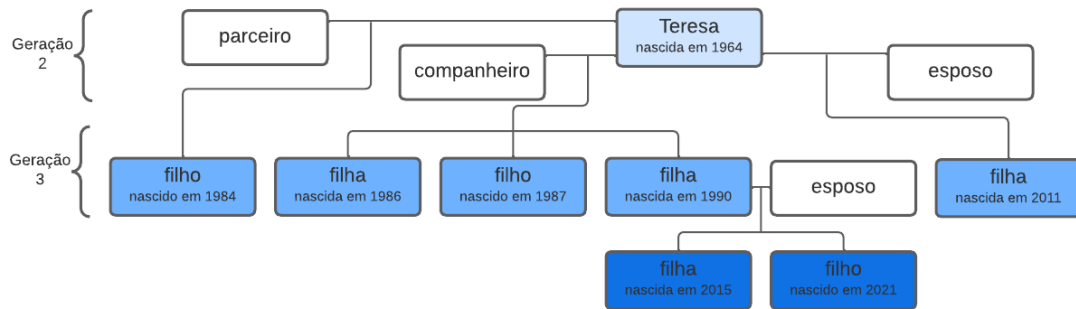
Olga disse associar a motivação de poder “curtir” a gravidez com o acontecimento sua segunda gestação. Nessa outra experiência, ela contou que foi uma gravidez aos seus 21 anos, 6 anos depois da primeira, desejada por ela. Estava em um relacionamento com o mesmo rapaz e a “deixou vir”.

Pôde fazer o pré-natal pagando uma taxa para a mesma clínica do parto anterior para ter direito a alguns procedimentos. Foi decidida uma cesariana por recomendação médica. O planejamento foi mantido mesmo com ela entrando em trabalho de parto antes da data planejada, sendo necessárias adaptações e a intervenção de outro médico indicado por aquele que a acompanhava, mas no momento não estava disponível.

Olga relatou parecer ter vivido como primeira vez seu segundo parto. Apesar disso, contou de semelhanças dos dois partos como não ter acompanhante, ver a filha posteriormente, situações vistas com ela com normalidade e mesmo aprovação. Ela pontuou como gosta de contar a sua história, reconhecendo os perigos e dores que viveu – pela falta de informação e a interrupção de muitas vivências – ela trouxe a responsabilidade que os pais têm de “preparar os filhos para o mundo”. Essa responsabilidade parece refletir na narrativa de sua filha, que trouxe sua gestação como desejada e reivindica os melhores cuidados para esse momento, apesar das dificuldades na assistência.

4.4. AS TEIXEIRA

Figura 4: Representação geracional da família Teixeira



Fonte: própria autora (2022)

A família Teixeira foi a última a ser entrevistada. O número de entrevistadas dessa família introduz um pouco uma situação de exceção para a pesquisa: temos duas mulheres apenas. Teresa é uma mulher branca, nos seus 57 anos, que teve cinco filhos e pertence atualmente à classe E. Ela não teve acesso a instrução formal e atualmente é dona de casa – essas informações são acessadas pela sua filha em momento posterior entrevista, pela dificuldade de contato direto com a Teresa. Tarsila, sua filha, que também se identifica como branca, com 31 anos e tem uma filha nascida – mas no momento que fazemos a entrevista ela estava grávida –, tem o ensino médio completo, trabalha como fotógrafa e relata estar ao que identificamos sendo a classe E.

As Teixeira, consistindo em duas gerações, apesar de à primeira vista se apresentar como uma exceção em relação as que foram apresentadas até agora, é a configuração que foi a regra na captação de possíveis participantes para a pesquisa. Das mulheres em contato para a pesquisa, a maioria relatou não ter mais contato com a Geração 1, “das avós”. Contudo, com a aproximação a essa família em específico, pude perceber questões que poderiam ser importantes diálogos.

Isso não significou que a Geração 1 dessa família não se fez presente de alguma forma nas narrativas trazidas. Teresa falou da história de sua mãe brevemente: ela se casou com um viúvo na zona rural da Região Norte, teve 9 filhos, todos vivos ainda hoje e nascidos de “parto normal” feito em casa com exceção do último parto em que ela precisou ir ao hospital devido a uma hemorragia que, como desfecho, a fez precisar fazer uma histerectomia. Tereza também trouxe sua mãe ao evocar sua herança de valores por ter vindo “da roça” o que segundo ela a

fez se submeter a muita coisa.

As entrevistas desta família começaram pela geração mais nova, a Tarsila. Trocamos mensagens e conseguimos marcar nosso encontro virtual numa manhã de terça-feira, bem cedinho. Começamos conversando, bocejando um pouco. Pela imagem, ela estava em um cômodo que tinha uma porta aberta ao fundo que dava para os corredores de uma casa silenciosa, até o momento. Ela usava o celular apoiado na mesa em sua frente de modo que era capaz de gesticular livremente, enquanto se sentava em uma cadeira e apoiava os braços na mesma mesa, se aproximando da tela.

Tarsila começou a falar, sinalizando uma singularidade narrativa: seu relato do parto da primeira gravidez se dá enquanto ela está grávida pela segunda vez e, com isso, pode rever e ressignificar algumas experiências. Contou que a primeira gestação foi planejada após um ano de casamento, aos seus 26 anos, em 2015. Aconteceu de maneira rápida após o início da tentativa. Fez um acompanhamento com um médico pelo plano.

O parto aconteceu por cesárea, motivado recomendação médica. Apesar de estar agendada, a bolsa rompeu antes da hora, às três horas da manhã. Ela conseguiu contato imediato com o médico e logo foi para o hospital fazer a cirurgia. Foi lá que teve primeiro contato a equipe responsável, exigida pelo médico e paga por fora.

Ainda no pós-parto, Tarsila conta de uma situação desconfortável no hospital, ficando com dificuldade para urinar após retirada da sonda. Esse acontecimento não só interferia em seu bem-estar, mas também como na relação com sua bebê. Para além dessa situação, relatou do pós-parto o fator psicológico envolvendo a adaptação e a inexperiência ao cuidar da primeira criança.

Mesmo com o desfecho em aberto, ela narrou como estava sendo essa segunda gravidez aos seus 31 anos, no ano de 2021. Contou que também foi planejada, quatro anos após a primeira. Estava fazendo acompanhamento com o mesmo médico da primeira gestação e a via de parto já estava decidida, visto que faria uma laqueadura e aproveitaria outra cesárea para realizar dois procedimentos em um só. Reconheceu em linhas gerais uma gestação bem diferente da primeira, com muito enjoo, azia, sintomas que não teve na primeira experiência.

Por estarmos na pandemia, sinalizou sua relação com o cenário que vivemos e trouxe um paralelo com o medo que teve em sua primeira gravidez, que foi na época do surto de Zika Vírus. Fala que chegou a contrair COVID-19, mas que não teve um quadro grave, não sendo necessário o uso de nenhum medicamento.

Após o contato com Tarsila, conseguir falar com a sua mãe foi um desafio. Contudo, o fato de que ela viveu gestações em diferentes estágios da vida, tendo ao mesmo tempo uma

filha que está atualmente em sua segunda gestação, e uma outra menina que tem 10 anos, nos motivou a insistir nessa escuta - apesar das dificuldades.

Após algumas semanas de desencontros, conseguimos marcar um fim de semana com uma agenda em comum. Por ela não saber nem ler nem escrever, sua filha havia relatado a necessidade de um auxílio para usar a tecnologia. Foi dessa maneira que uma conhecida em comum, sua vizinha, que tinha grande proximidade com a família e frequentemente ia para a casa de Teresa, se ofereceu para ajudar. Assim, em uma de suas visitas, com todas as devidas proteções, ela emprestou seu celular para que pudéssemos conhecer Teresa.

Muito solícita, Teresa diversas vezes dizia que contaria o que eu precisasse e, ao ser apresentada a proposta da entrevista narrativa em que ela que traria a história, da maneira que desejasse, prontamente se pôs a narrar. Sentada em uma cadeira num cenário externo, no que aparentava ser uma espécie de varanda de sua casa, iniciamos. O celular da vizinha estava apoiado na mesa, em sua frente. No fundo, era possível ver, iluminado pelo sol da manhã de um sábado, uma construção em tijolo ainda não acabada em seu quintal. Na sua narrativa, trouxe sua história de vida por todas suas 5 gravidezes, sendo esses eventos marcos temporais importantes. Sobre elas, apresentamos datas aproximadas, dadas pela própria Teresa, que sinalizou ter dificuldade de lembrar com precisão das informações. Ainda assim, passa a narrar com detalhes.

Sua primeira gravidez aconteceu aos seus 20 anos— por volta de 1984 — e ela relatou que à época não sabia dizer exatamente como se engravidava. A gestação evoluiu com condições precárias. inclusive tendo passado fome durante o período. Não fez nenhum tipo de acompanhamento de pré-natal.

Falou do abandono do genitor dessa sua primeira gravidez. Mesmo morando com sua irmã em situação que ambas têm a experiência da gestação ao mesmo tempo, citou sentir que está em um caminho solitário. Inclusive, apesar de relatar que o parto foi por via vaginal, pela rede pública, conta que não se lembra, tendo desmaiado e acordado em um hospital com seu filho sendo entregue em seus braços.

Já seus segundo, terceiro e quarto partos se deram sob um relacionamento conturbado e abusivo no qual ela estava sob constante violência doméstica, já que, após ter sido expulsa da casa de sua irmã, conhece o seu companheiro. Este à época era caminhoneiro e fazia uso abusivo de bebidas alcóolicas. Com isso, narrou a realidade do seu cotidiano violento, dialogando com as gravidezes. Marcadamente, falou que essas gestações tiveram todas um acompanhamento pré-natal na época, consultas mensais com medições de sinais vitais e medidas corporais. Apesar disso, disse que apenas uma vez foi questionada sobre as marcas das agressões.

O segundo e terceiro partos se deram por via vaginal na rede pública, tal qual o pré-natal. Já na quarta experiência, fez seu pré-natal na rede pública, como nas últimas duas gravidezes, mas conseguiu algum dinheiro e secretamente realizou uma cesárea em outro município, junto de uma laqueadura. Ao voltar para casa, teve sintomas graves de infecção, que a princípio achou que era normal do pós-operatório, mas foi, aos poucos, percebendo a gravidade da situação. Foi graças a visita de um irmão que veio do Norte – de onde é sua família – que ela foi levada ao hospital.

Para chegar até sua quinta e última gravidez – que acontece 20 anos depois da última – trouxe um longo caminho. Seu contexto foram 8 anos de “convencimento”, nas palavras dela, por parte de seu marido atual, com quem sinaliza ter um bom relacionamento em contraste com situação de violência que viveu com antigo companheiro. A gestação foi resultante de longo tratamento de fertilidade e inseminação artificial. Após 3 tentativas, engravida de uma última menina. Relatou ser mais velha do que todas as outras mulheres que ela tem contato no seu pré-natal, acompanhamento que foi pago diretamente profissional que o realizou. Contou não ter tido apoio de sua família, mas ainda assim relatou ter sido sua melhor gravidez. Com isso, aos seus 47 anos, em 2011, teve um parto via cesárea de sua quinta filha.

Algo que não pode deixar de ser mencionado é que a entrevista feita com a Teresa foi a mais longa da pesquisa. Evidentemente podemos atribuir a isso o número de partos, sua maneira de narrar a história em que contou um caminho de sua vida não focando apenas nos momentos de parto. No entanto, em parte, também se observa as condições em que a entrevista foi realizada.

No cenário humilde, começamos bem descontraídas, sem problemas de áudio e como em outras experiências nas entrevistas, sentindo um breve contato com seu cotidiano. Em certo momento, ela ouviu o portão recebeu quem identificou como irmão e seguimos a conversa. Já numa segunda vez, mais avançadas na história, ela precisou se levantar para receber outra figura. Dessa vez foi um homem que interagiu brevemente com a câmera, mas parecia um pouco alterado. Mesmo com ele saindo do quadro, e possivelmente do recinto, senti que Teresa pareceu mais tensa. Sua narrativa, que antes falava de superação, passa a falar de fé, com menção a ciclos “repetidos”. Com isso, narrou sobre o presente e contou de outra gravidez, a que gerou uma neta, filha de seu filho mais velho.

Esse filho mais velho, descrito como “diferente” e “com problemas”, teve uma filha quando jovem, com uma adolescente que tinha 16 anos, à época. Teresa nomeou a gravidez da nora como sua própria, estando presente em cada situação, uma vez que se propôs a cuidar da jovem. Ao fim, essa neta acaba sendo criada por ela, tendo o vínculo com a mãe rompido após

um evento de abuso de um namorado da nora contra a neta. De outro lado, Teresa contou desse filho revivendo todo o ciclo de violência do genitor, fazendo uso de álcool e outras drogas e causando conflitos graves como o que estávamos por presenciar.

Esse filho, que reconheço nesse ponto como a segunda pessoa que ela recebeu em casa durante nossa entrevista, passou a tentar interagir de forma agressiva contra a entrevistada enquanto estávamos conversando. A reação dela foi de se afastar, ir para outro lugar, outro cômodo. Apesar de ter apontado que a qualquer momento poderíamos parar e remarcar, ela em momento nenhum interrompeu seu fluxo de fala. Ao invés disso, rodávamos a casa e ao fundo podia ouvir os gritos que por vezes nos acompanhavam. Inclusive, por identificar o quanto a conversa que tínhamos mudou de contexto, entendi que passava a ser importante aquele espaço de fala no sentido de nomear aquela situação e relacioná-la com a sua própria história. Pareceu que, mesmo sem a solicitação de ajuda, era preciso mudar o meu papel e fornecer um suporte também através da mesma escuta em que tecia uma resistência.

5. ENCONTRO COM AS GERAÇÕES: ORDENANDO A ESCUTA

5.1. A VOZ DAS AVÓS: HISTÓRIAS CONTADAS PELAS MULHERES DA GERAÇÃO 1

Ouvir as mulheres da **Geração 1**, como escolhemos chamar a geração dessas avós, trouxe histórias de três mulheres com semelhanças, diálogos e contradições que marcaram uma identidade da geração. Essas avós contam as histórias de oito partos em um período de 15 anos, no intervalo de 1967 a 1979. As entrevistas foram curtas e não-lineares, com ênfases e entendimentos que elas próprias construíram sobre suas histórias, priorizando atores, temas e situações.

5.1.1. “Maus pedaços”: o não planejamento da gravidez

Para as mulheres da **Geração 1**, independentemente dos atravessamentos de raça e classe, em suas histórias não estava presente um planejamento das gestações. O marco de suas primeiras gravidezes foi o início de seus casamentos. Camarano, Araújo e Carneiro (1999), ao tematizarem as tendências da fecundidade brasileira no século XX, trazem à tona, dentre outros, o casamento como determinante próximo da fecundidade; analisam o impacto do casamento e da anticoncepção nas tendências da fecundidade. Outro efeito analisado dentro dessa perspectiva é chamado de “nupcialidade”, o efeito de variações no casamento indicando, com isso, a proporção das taxas de fecundidade reduzidas pelo não-casamento. Segundo os autores, como as cinco regiões brasileiras não divergiram muito da média nacional, mostra-se que a nupcialidade, ou seja, o fato de as mulheres se casarem, desempenhou um papel importante nos diferenciais regionais de fecundidade (CARAMANO; ARAÚJO; CARNEIRO, 1999).

Vieira (2002), ao falar da medicalização do parto, cita a importância da criação de uma “natureza feminina” baseada em fatos biológicos das capacidades do corpo da mulher de gestar, parir e amamentar, bem com menstruar, para justificar um lugar social da mulher e seu corpo, pavimentado por um discurso médico-social que toma força no século XIX, com as escolas médicas debatendo a condição feminina. Dessa forma, a partir de uma “biologia mediada pela cultura e pela organização da sociedade” (p.32), e de atravessamentos da concepção de atores como a Igreja, nos entendimentos dessa mulher, vemos a construção de uma “essência” para a maternidade. Com esse olhar passa a ser compreensível, para essa geração, a naturalização da gravidez com o momento do casamento. Ao estar reconhecida a união do casal, a mulher tem o

papel essencial de gerar a família, executando a função feminina da reprodução. Tendo em vista a importância da reprodução para o papel da mulher e o impacto do casamento na fecundidade das mulheres, entende-se melhor a uniformidade do início das histórias das mulheres da **Geração 1**. Junta-se a isso o fato de que a inserção de um “planejamento familiar¹” se apresenta em momentos iniciais no Brasil, no período em que se narra a **Geração 1**.

Cora relatou que não tinha noção acerca das questões reprodutivas – ao engravidar em 1964, aos 22 anos, com 4 meses de casada – “É, eu não sabia naquela época, né. Hoje está todo mundo esperto” (Cora). Com essa fala, ela se compara com a geração atual, como outras mulheres de sua geração que também trazem a ideia de um início não informado sobre suas vidas reprodutivas. O momento da gestação de Cora foi comum ao de outras mulheres de sua geração, como Odete, narradora de classe popular e família negra, que descobriu estar grávida aos dois meses de casada.

Além do vínculo entre matrimônio e gestação, outro fato em comum foi o desconhecimento ou não tematização de métodos contraceptivos. Também Odete atribui ao não uso de “remédio” anticoncepcional como causa de sua primeira gestação e, conseqüentemente, considera essa gestação precoce: “É mole... Não aproveitei nada (Risadas) Mas também, era assim, não tomava remédio, nada dessas coisas, entendeu? Aí foi...” (Odete). Ela nos fala de um conhecimento vago e inespecífico sobre métodos contraceptivos, além de dar a entender que o uso deles poderia ter proporcionado mais tempo para “aproveitar” – podendo se referir a aspectos de controle reprodutivo e mesmo de sua própria sexualidade – ao que se deduz que, após a gravidez, não teve a mesma oportunidade.

Maria, de classe média de família branca, reconheceu que estava jovem – em 1968 quando ela tinha 21 anos – e, como as outras, não tinha boas condições financeiras na época. Ainda assim, Maria fala da gravidez com resignação, foi um momento esperado, mesmo que não planejado. Reconheceu a gestação como uma complicação, ainda que conformada, já que não tinha apoio nem do esposo, que trabalhava, nem da família, que se encontrava em outro município.

Para Odete e Maria, falar do passado de suas gestações nos evidencia a ausência de possibilidades e práticas disponíveis somente em gerações posteriores. As gestações da

¹ Entende-se por “planejamento familiar”, assim como apontado por Coelho, Lucena e Silva (2000), o “exercício do direito da mulher ou do casal à informação, à assistência especializada e ao acesso a todos os recursos que lhes permitam a opção livre e consciente por ter ou não ter filhos, pelo espaçamento e número de gestações e pelo método anticoncepcional mais adequado aos seus desejos e condições orgânicas, sem coação de qualquer origem” (p.38). Esse entendimento está presente em políticas públicas notavelmente desde a PAISM, mas, com percebemos pela literatura, não está presente enquanto realidade para as mulheres da Geração, dado o cenário apontado.

Geração 1 ocorreram de 1964 a 1979; entretanto foi a partir de 1975 que políticas de assistência à mulher passaram a ser mais delineadas com o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PMI) (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000). Apesar da existência de esforços anteriores de orientação sobre o planejamento familiar como o PEP (Programa Especial de Pediatria) – em que mulheres com “muitos” filhos e com limitados recursos para manter sua família podiam ter acesso a uma orientação discreta sobre o uso de contraceptivos – estes não contavam com características abrangentes à população nacional e tampouco garantiam acompanhamento médico.

Inclusive, Coelho, Lucena e Silva (2000) apontam que os primeiros movimentos em relação ao assunto advêm da tematização da política demográfica que, no Brasil, se deu como rendição a entidades americanas em meados da década de 60 - tendo em vista sua profunda dependência do capital internacional. Essa rendição referiu-se a pressão do governo americano desde o início dos anos 60, para que o Brasil acompanhasse uma movimentação internacional frente ao controle da natalidade que surge ao final do século XIX². Assim, mesmo com resistência do próprio governo, dos militares e da Igreja, que viam em uma grande população importância do ponto de vista estratégico e econômico, em 1965 é criada a BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil). Essa sociedade, financiada por entidades internacionais, facilitou algum acesso das mulheres aos métodos contraceptivos, principalmente à pílula, através da distribuição gratuita, sem garantia de acompanhamento médico, transparecendo interesses nitidamente controlistas (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Esse panorama, no contexto de uma grave crise econômica e política, nos faz observar que, na **Geração 1**, o poder público não se ocupa da divulgação de informação sobre a contracepção, embora o governo brasileiro declare que a composição da família é um direito social. Dessa forma, os métodos contraceptivos encontram-se restritos, bem como grande parte do acesso à saúde da época.

Entende-se junto desse histórico que o planejamento da vinda de um filho não tem centralidade para a **Geração 1**, mas sim que esse acontecimento é desencadeado pelo matrimônio, marcado pela ideia de que as mulheres estão biologicamente e “moralmente” determinadas para ter filhos. Podemos dizer que o que planejaram foi o momento de não mais ter filhos.

² Na primeira década do século XX, esse entendimento inspira-se em três linhas de pensamento: “das feministas, que consideravam a contracepção como um direito fundamental da mulher; a dos neomalthusianos que a defendiam como meio para melhorar a situação da pobreza; e a dos eugenistas, que viam no controle da natalidade um caminho para melhorar a qualidade genética”.(COELHO; LUCENA; SILVA, 2000, p. 39).

Cora falou sobre a sua segunda e última gravidez acontecidas oito anos após a primeira, em 1972 aos 30 anos. Enfatizou que não queria ter outro filho, pois a situação de vida não era favorável e ela “não achava legal”. Contudo, a segunda menina “aconteceu”. Desta vez, em melhores condições financeiras, ela pagou pelo parto e acompanhamento em instituição privada, deixando claro o objetivo de fazer uma “ligadura de trompas”. Tal intenção alterou a via de parto para a cesárea, para que fosse possível, na cirurgia, realizar o procedimento. Disse que uma cunhada que trabalhava na saúde pública a apresentou a um médico que poderia realizar a cirurgia. O seu desejo estava claro!: “...ficar livre mesmo desse negócio de bebê” (Cora), demonstrando grande incomodo com sua fecundidade e como esta era uma realidade de si que, até então, ela não tinha controle.

Dessa forma, o método contraceptivo se inseria nas narrativas da **Geração 1**, sendo unanimidade a realização da laqueadura³. As três mulheres se mostraram dispostas a passar pelo procedimento cirúrgico. Odete foi a única que relatou o uso de outro método anteriormente, o anticoncepcional injetável, ao qual não se adaptou e foi orientada a mudar para a laqueadura. Sua médica orientou que ela deveria engravidar uma última vez para que fosse possível realizar o procedimento. Dessa forma, semelhante à história de Cora, foi o método que definiu em grande parte não apenas a cesárea, mas a terceira gravidez de Odete, aos seus 23 anos. E, apesar de seu cansaço e dificuldade em relação ao uso do remédio, falou do novo método como uma decisão oriunda do profissional de saúde: “Eu já estava cansada já de todo mês tomar injeção e tomar injeção, o remédio não adiantava, aí preferiram [os médicos] fazer isso” (Odete). Sua fala, além de marcar a gravidez como um ônus para resolver o problema contraceptivo— como se apenas fosse possível realizar a laqueadura a partir de uma cesárea —, também falou da importância do papel e da fala do médico que, em suas próprias palavras, são aqueles que tinham controle de seu próprio corpo.

Maria também trouxe sua laqueadura como um “ponto final” não apenas sobre a preocupação de engravidar, mas também das experiências negativas de parto. Ela mencionou uma tentativa de “mudança de ares”, após experiência ruim em primeiro parto, dizendo que teve sua segunda filha em outro hospital e em outra cidade com esperança de ter uma vivência diferente, o que não se concretizou. Caracteriza momentos de muita dor em ambas as experiências, mas também fala de uma relação conflituosa com os profissionais que a assistiram. Disse que não concordou com procedimentos feitos nela e mesmo a maneira que foi

³ Identifica-se em todos os relatos que foi realizada a chamada “laqueadura tubária” ou “esterilização tubária” em que são bloqueadas as trombas de falópio e se realiza pela oclusão das tubas com ligaduras (pontos), clips, anéis ou eletrocoagulação. (MOLINA, 1999)

tratada pela equipe. Diz ter se frustrado a ponto de voltar ao mesmo lugar de seu primeiro parto para ter sua terceira e última filha e decidiu, dessa vez, aos seus 27 anos, em 1974, que iria operar. Mais uma vez, como nas outras experiências, esse é um procedimento realizado de maneira paga.

A esterilização feminina encabeça a lista dos métodos anticoncepcionais no Brasil (BERQUÓ, 1999). E a prática tem seu renascimento justamente na década de 60, sendo aperfeiçoada e difundida – por novas técnicas, como laparoscopia e da minilaparotomia, consideradas menos arriscadas, menos invasivas e mais efetivas –, mesmo como suas origens no século XIX (MOLINA, 1999). O ressurgimento da prática teria sido acompanhado justamente pela já mencionada preocupação com o controle populacional, sobretudo nos países pobres, à exemplo do Brasil (MOLINA, 1999).

A laqueadura tubária chega à década de 90 como a forma de contracepção mais usada mundialmente, após acentuado aumento, principalmente nos anos 70 e 80 (MOLINA, 1999). Molina (1999) afirma que, com o aumento desse método, ocorre também uma deformação do seu uso no Brasil, ao que se refere à idade da realização da cirurgia, em que as mulheres cada vez mais novas se submetem ao procedimento. Podemos observar, nas narrativas ouvidas, que aquela mais nova no momento da esterilização, Odete, aos seus 23 anos, conta com um recorte de raça e classe.

O mesmo autor discorre sobre diversos determinantes envolvidos no complexo processo de escolha da laqueadura tubária, trazendo um modelo teórico que mescla fatores estruturais internacionais, estruturais nacionais, pessoais e sociais. Somamos a isso a falta de clareza nas políticas populacionais e inexistência de uma política de planejamento familiar no Brasil.

Molina (1999) destaca no cenário brasileiro, as questões econômicas. Observa-se uma classe médica que, por baixos salários, veem na realização da laqueadura uma oportunidade de honorários – além de, na época, o pagamento pela cesárea ter valor mais elevado que o acompanhamento à via vaginal – e a miséria de grande parte da população, que leva as mulheres a verem na técnica uma saída para a situação de pobreza e possibilidade de diminuir o número de filhos para sustentar. Junto a essas, as questões educacionais são mencionadas desde a formação médica até o baixo nível educacional da população; também a falta de conhecimento ou a desinformação sobre planejamento familiar e a ausência da educação sexual nas escolas. Por fim, o autor sinaliza como determinante questões de saúde que envolvem desde um financiamento precário do sistema de saúde, que resulta na baixa qualidade de serviços, à dificuldade de acesso ao planejamento familiar e mesmo de opções contraceptivas, altas taxas de cesarianas relacionadas a com conveniência principalmente dos profissionais e instituições

hospitalares, bem como práticas inadequadas e preconceitos dos profissionais que contribuem para um alastramento da ligadura como forma de diminuir os encontros com essa assistência precarizada.

As narrativas das mulheres da **Geração 1** referem fatores socioculturais e os ‘pessoais, também mencionados pelo autor (MOLINA, 1999), acrescidos dos fatores antes mencionados, que participam do pano de fundo de suas histórias. Os socioculturais partem do fato de que a laqueadura se apresenta nessa realidade como um instrumento de solução de problemas sociais, e não como um direito reprodutivo, sendo decidido em decorrência da falta de suporte às mulheres.

No que se refere aos fatores pessoais, as narrativas apresentam a esterilização como uma resposta ao receio de todo o processo de ter filhos; desde sua assistência até o que representa o filho em termos de custos financeiros e de cuidados para cada uma. Assim, a escolha pela técnica ocupa espaço de outros contraceptivos não disponíveis ou que não acompanhados adequadamente, assim como falta de alcance de informações sobre reprodução humana e métodos anticoncepcionais.

Além disso, das histórias ouvidas, podemos afirmar que buscava-se apresentar a “cultura” da esterilização como parte de um processo “natural”. Esse termo é problematizado na literatura por autores como Berquó (1999), que situa uma encruzilhada frente às dificuldades na oferta de um conjunto de métodos contraceptivos pelos serviços públicos de saúde: ou a esterilização, ou aborto (clandestino e pouco seguro), ou seguir com a(s) gravidez(es) indesejada(s).

No rastro da “cultura” da esterilização, seguem profissionais que orientam não só o procedimento, e mesmo ter uma nova gravidez para alcançar a conformação familiar exigida (mais de um filho) e assim ter mais facilidade de conseguir alguém que faça o procedimento, após uma cesárea, recaindo no médico o controle da via de parto a ser realizada.

Sobre o assunto do acompanhamento médico, foi notável na fala das mulheres da **Geração 1**, mesmo todas tendo feito as sessões de pré-natal, que não houve tanta profundidade para tematizar essas consultas. Podemos seguir a história de Odete, que sempre foi acompanhada pelo serviço público. Ao contar sobre o pré-natal, ela deu ênfase às limitações prontamente pontuando que não havia ultrassonografia. Com isso, ela contou, sem muitos detalhes, ao ser questionada sobre os atendimentos. Odete, em contraposição, valoriza o uso de imagens em décadas posteriores: “Ele media, escutava. Só isso, mas não podia me falar se era menina ou menino porque ele não sabia, entendeu?” (Odete).

Essa desvalorização do “medir-escutar” aponta atravessamentos de um imaginário de

momento posterior a sua narrativa, em que se aprofunda o cuidado a gravidez com uma série de exames e recursos tecnológicos. Chazan (2008), em seu estudo etnográfico acerca das observações dos exames ultrassonográficos e as interações e narrativas produzidas, apresenta que tal tecnologia diagnóstica é revestida de um “mito da objetividade técnica”, ideia da imagem técnica como produtora de verdades incontestáveis, o que garante um reforço da medicalização, bem como um entendimento culturalmente compartilhado da tecnologia como produtora privilegiada de todo tipo de saberes sobre a gestação. Com isso, parte-se da noção da gravidez como processo perigoso e possivelmente patológico, ao qual a medicina, aliada à tecnologia, seria capaz de prever e prevenir qualquer tipo de problema. Dessa forma, podemos observar, com a ultrassonografia, o profissional ocupando uma posição de mais destaque e autoridade em relação aos outros atores, pelo papel de interpretação das imagens, além de ter a disposição uma série de “verdades” médicas que orientam intervenções. Concomitantemente, se articulam com a configuração cultural na qual a visualidade e a espetacularização constroem uma “necessidade” de monitoramento e vigilância da saúde da mulher e do feto.

Os elementos que Odete trouxe sobre os acompanhamentos de suas gravidezes dialogam com o que outras mulheres de sua geração falaram, ao contar poucos detalhes, o máximo trazendo as diferenças em relação às tecnologias atuais. Evidentemente, temos que levar em conta uma diferença do que eram as sessões de pré-natal naquela época.

Nos anos de 1960 falamos de uma assistência ao parto solidificada a partir de um modelo tecnocrático que constitui a obstetrícia moderna a partir de determinado discurso acerca da mulher e do parto baseado em entendimento medicalizado dessa experiência. Até hoje, observamos evidências de um modelo de assistência ao parto que dialoga e alimenta uma prática de atendimento à saúde com características fragmentada, curativa e hospitalar, como caracteriza Maia (2010).

É nesse panorama da **Geração 1** que podemos acessar um histórico brasileiro baseado de práticas médico-hospitalares individuais, financiadas por sistema previdenciário, em oposição às ações coletivas de prevenção e promoção da saúde. A assistência à saúde no Brasil tem, em 1923, a criação da Lei Eloy Chaves que institui as primeiras caixas de previdência (CAPs). É a partir dela que vemos a assistência médica se tornar assegurada à população brasileira. Desse marco em diante, vemos cada vez mais o acesso a assistência em saúde depender da inserção do cidadão no mercado formal de trabalho. Com essa realidade, a assistência médica da Previdência Social foi submetida a uma crescente privatização, consolidando-se ao segmento médico-assistencial privado, tendo como prioridade a compra de serviços médicos do setor privado durante o regime autoritário pós-64, o que causou um

processo de fragilização e redução da presença da rede pública preexistente. Paralelamente, o Ministério da Saúde da época se restringia à atividade de promoção da saúde e prevenção de doença em programas amplos, sem interferir em interesses privados e sem tanto protagonismo na vida cotidiana das pessoas. Esse percurso pessoalista viabilizou, de maneira curativa e individual, a existência de uma mistura de serviços públicos e privados oferecendo assistência à saúde no Brasil.

No que diz respeito ao cuidado obstétrico, vemos que a hospitalização do parto e a escalada de cesarianas se inicia nos anos 1970, justamente na época da narrativa da **Geração 1**. Com o foco hospitalar e privado, o acompanhamento à gestação não é priorizado e não observamos a falta de cobertura nesses momentos mais iniciais da organização de uma assistência pré-natal, principalmente por ouvirmos histórias em centros urbanos. Além disso, vemos o início da construção de um caminho bem definido às gestações com a assistência eminentemente privada tendo uma relação com a remuneração e o tempo de atendimento – que se entende também como lucro. Nesse cenário, temos as cesáreas como o objetivo e o “padrão ouro”, como veremos tal valoração se estabelecer em argumentações posteriores.

Cora teve a experiência na rede pública e privada. Sobre isso, ao ser questionada por que caracterizou o acompanhamento de sua segunda gravidez como “diferente”, fez uma reflexão sobre como, segundo ela, o “poder aquisitivo” muda o cuidado recebido. Entendimento que reflete a realidade à época do investimento na atenção privada, tendo em vista que sua crítica, em contraposição ao serviço público, foi justamente sobre a falta de estrutura. Apesar de acabar dando ênfase à experiência do parto, ela se referiu, de maneira geral, ter tido mais “atenção” no atendimento na rede privada. Ela avaliou que há uma situação, na sua época, que persistiria ainda nos dias de hoje, em que um serviço de saúde pago viabilizaria um maior “interesse” no cliente o que desperta uma confiança no acompanhamento. A atenção ao parto aqui é associada, por um lado, ao desinteresse do médico e, por outro, a uma sequência de “traumas”:

... sempre o poder aquisitivo, né. Dinheiro, né. É diferente. [...] É, assim, o tratamento é sempre outro, né. Pelo menos saúde é assim. Eu, por exemplo, hoje faço um acompanhamento com meu médico... tem 28 anos já, um amigão. Mas a coisa é diferente também porque é particular. Eu acho que nem no convênio é igual. Tenho um convênio bom, mas médico assim, eu gosto sempre do particular. Porque tem mais interesse, né. Entendeu? [...] Por eu também ter tido aqueles traumas todos do passado, entendeu, então hoje eu procuro um médico conceituado, indicado. Pode ser um pouco mais caro, mas a gente fica mais segura, mais confiante. (Cora)

Cora conta que essa escolha por médicos indicados que acontece hoje se dá por “traumas do passado”, se referindo a vivências marcadamente negativas que viveu em seu parto. Essa

forma de se referir às experiências negativas é o que mais se aproxima da definição da **Geração 1**, da vivência de violências e violações. Pode ser interpretado com essa ótica atual e por se tratar de situações promovidas pela própria atenção em saúde no momento do parto que causaram sofrimento e mudaram o entendimento de seu desfecho.

Maria, que não detalhou sobre as consultas propriamente ditas, contou-me dos atendimentos médicos enfatizando a ajuda para deslocamento e logística que precisava ter para ir. Alguns favores, como caronas, cuidado a outras crianças etc. foram situações comumente mencionadas por mulheres da **Geração 1**; esses elementos se relacionam com as condições desfavoráveis que elas trouxeram como contexto de suas gestações. Com muito mais ênfase do que seus pré-natais, falam de arranjos feitos para viabilizar alguns momentos de cuidado.

Maria, além de ter relatado que por vezes contava com a ajuda de um sobrinho para ir às consultas de pré-natal, falou-me que, apesar de estar sozinha, por não ter quem ajudasse em seu cotidiano, às vezes pagava alguém para a ajudar lavando roupa e outras tarefas domésticas, sobretudo quando estava em sua segunda gravidez e passava muito mal. Tais dificuldades, arranjos e o sentimento de solidão vividos por Maria e outras mulheres da **Geração 1** levaram-nas a definir suas gestações como “mal pedaços”: “Eu diria que passei um mal pedaço também, não tinha ninguém para me ajudar, entendeu?” (Maria).

5.1.2. “Se fosse hoje, talvez fosse chorando”: chegando ao hospital

O momento do parto é cercado de incertezas e solidão – o que nos faz pensar sobre o papel do pré-natal dessas mulheres. A relação com políticas públicas iniciais, como o PSMI (Programa de Saúde Materno-Infantil), de 1974, que pontua o acompanhamento da mulher com o objetivo final de monitorar a geração de um “concepto saudável” (RAMALHO *et al.*, 2012), evidencia a falta de um trabalho voltado à mulher no momento do parto. Isso auxiliaria na prevenção de desfechos negativos e violações na assistência, situação que veremos ser tratado com o movimento de humanização do parto. A narrativa da chegada dos hospitais nas primeiras gestações foi marcada pela emergência do trabalho de parto.

Cora é quem mais detalha esse momento; disse que na primeira gravidez foi para a casa de saúde – onde o parto ocorreu – de ônibus, acompanhada de uma amiga, após a bolsa estourar pela manhã e ter sentido dores – que ela sinalizou que não sabia muito bem o que eram e se realmente significava que ela teria sua filha naquele momento, evidenciando uma falta de orientação pré-natal. Sinalizou que, apesar de ter ido inicialmente acompanhada por essa amiga, essa pessoa logo foi embora e ela ficou sozinha, como estaria em todo o parto. Contou que nessa

ida estava feliz, mas, se soubesse o que viveria – se referindo aos momentos de dor e sofrimento de seu parto – estaria chorando. Cora se refere a essa dor em muitos momentos e, por mais que pareça se referir à vivência fisiológica do parto, vemos que a solidão que experienciou, bem como as intervenções que sofreu ao longo da assistência, tem um importante papel para classificar o que passou. Desde o início da narrativa de sua chegada, ela evidencia que momentos de tensão aconteceriam na condução de seu parto. Esse seria mais um indício da vivência do que, décadas depois, é classificado como violência obstétrica (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Maria não contou detalhes da chegada ao hospital, mas enfatizou que “passava mal”. Ao buscarmos entender o que seria esse “passar mal” usado para caracterizar todos os seus partos, ela descreveu o que identificamos e nomeamos como o trabalho de parto: “muita dor, muita cólica. Eu fiquei com os lábios tudo roxo de tanta dor, de tanto apertar” (Maria). Esse desencontro evidencia mais uma situação de falta de orientação feita no pré-natal.

Odete narrou sua chegada em todos seus partos, independente da via, como um começo rápido. Nos partos “normais” conta que logo tendo estourado a bolsa, ela foi encaminhada para ter o bebê na sala de parto. Quando questionada como era esse processo, sucintamente contextualizou: “Já na entrada a bolsa estourou e a enfermeira: ‘Ó, pode deitar ela que o neném vai nascer agora’ e assim foi.”. Em sua cesariana, conta que teve a hora marcada e logo que chegou fizeram o procedimento, também expeditamente.

A **Geração 1** trouxe de maneira mais delimitada a chegada ao hospital, em suas cesarianas, na maioria das vezes em contraste com seus partos “normais”. Apontaram uma situação de precaução, de hora marcada, contando de uma situação de maior controle, na qual tudo estava previamente resolvido. Inclusive, quando o trabalho de parto inesperadamente atravessa essa vivência, como conta Maria, que acabou entrando no processo antes da data da cesariana marcada, era algo que não poderia ter acontecido: “Aí eu tive nove da manhã, mas eu passei mal também a noite toda. Porque já era para ter operado mais cedo. Mas como o médico também estava operando, ele disse que não podia ir para lá de madrugada.” (Maria).

O que Maria trouxe em sua fala diz respeito à inversão, a partir de sua experiência traumática anterior, de algo próprio do parto, que é o trabalho de parto, com suas contrações e “dores” para uma situação de risco e sofrimento. Maia (2010) sinaliza a tendência ao crescimento das taxas de cesáreas, que começa nos anos 1970. Há diversas causas, muitas dessas dialogam com questões que foram trazidas por mulheres dessa geração e que podem ser encontradas no medo que Maria relata ao ter seu planejamento da cesárea atravessado pelo evento do trabalho de parto. Tal entendimento perpassa a geração atual e se torna um paradigma

do melhor cuidado e da segurança, notável nas gerações posteriores em muitas histórias.

...maior valor pago pela tabela do INPS para a cesárea, na década de 1970; medo, por parte das mulheres, da dor do parto normal; crença, por parte das mulheres e dos médicos, de que o parto vaginal afrouxa os músculos da vagina e interfere na satisfação sexual; crença de que o parto vaginal é mais arriscado para o bebê do que uma cesárea; conveniência (hora marcada) e economia de tempo para o médico; falta de qualificação do médico para o parto normal; pré-natal incapaz de preparar para o parto; atendimento centrado no médico, e não em equipes multidisciplinares que incluam obstetrias; não pagamento de anestesia para o parto normal; o uso da cesárea para a realização de laqueadura tubária; a associação entre parto vaginal e imprevisibilidade, esta vista como algo negativo, e entre parto cesáreo e segurança (FAUNDES & CECATTI, 1991; CHACHAM & PERPÉTUO, 1996 *APUD* MAIA, 2010, P. 38)

5.1.3. “Falou que depois a gente esquece...”: a objetificação das mulheres pelas equipes e técnicas no parto

Mesmo nas descrições mais detalhadas ou delimitadas da chegada ao hospital, o contato com a equipe foi um elemento trazido com pouca centralidade pelas mulheres da **Geração 1**. Em suas histórias, através de como outros atores no parto são referidos – sem vinculação e lembrança de suas atuações – entendemos que não há grande relevância individual e que essas pessoas que as assistiram poderiam ser qualquer um. Na maioria das vezes, as equipes não foram citadas, apenas eram mencionadas pessoas que realizaram algum procedimento que as narradoras tinham mais lembrança. Ainda assim, o foco era muito mais no que tinha sido feito.

Sobre o seu primeiro parto, Cora menciona de forma mais detalhada a presença de um personagem específico que a marcou: ela foi assistida por um pediatra. Contou que, por ter estado lá por um longo período, à noite não havia um obstetra disponível e, por isso, seu parto foi assistido pelo profissional presente. Ela falou desse acontecimento de maneira muito incomodada e caracterizou como uma precariedade do serviço público, avaliando não ser algo que deveria ter acontecido, mas disse que na situação não teve escolha: “Entendeu...Não tem muita escolha. Ô, doutor [*nome*], grande pediatra, mas para fazer parto não, né. Ele tem que cuidar de neném, né. Hoje eu não iria procurar um pediatra para fazer um parto meu. Será? (risadas)”.

Anteriormente a chegada desse profissional, Cora falou que teve uma experiência longa desde a chegada ao hospital. Como vimos ser uma incerteza para ela, estava de fato em trabalho de parto logo que chegou e foi assegurada que o que ela estava sentindo era normal. Foi conduzida à internação, onde, em pouco tempo, tomou uma “injeção para as contrações” – o que identificamos ser uma aplicação de oxitocina – e com isso passou a noite. Depois de muitas horas sentindo dor, pela manhã, foi levada para a sala de parto onde disse ter ficado duas horas

“lutando” para a criança nascer. Percebe-se a centralidade das dores que evidenciam a falta de meios de cuidado, sendo encaradas como sofrimento esperado e inevitável, até mesmo como uma aparente punição que deve ser aceita. Em contraste com essa concepção, uma série de estratégias serão pontuadas posteriormente por movimentos de humanização do parto que entendem o estímulo da dor como parte do processo do parto, com sentido na progressão, mas que pode ser manejado segundo demanda da mulher por medidas farmacológicas ou outras terapêuticas. Prata *et al.* (2022) apresentam técnicas de cuidados chamadas de tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem (TNICE) para o alívio da dor; mas, a intencionalidade do seu oferecimento durante o parto vai além, ou seja, o de estimular o protagonismo da parturiente e promover uma vivência mais prazerosa do parto.

Cora contou que seu parto aconteceu com o auxílio de fórceps e relatou que em determinado momento o pediatra que estava assistindo o parto disse a ela que ela não tinha passagem, mas que deveria “ser forte” para poder parir a criança logo dando a entender que estava sob sua responsabilidade fazer a criança nascer ainda que ao mesmo tempo exigisse sua passividade em relação às intervenções. Esse “cuidado” é relatado com grande desconforto, relacionando a atenção recebida a uma experiência negativa. No processo, relatou ter sido uma “luta”, bem como um “sofrimento” e se lembrou do pensamento de não querer que a filha fosse mãe para não passar por situação semelhante. Confessa, ainda, ter pedido a morte a Deus.

Como Cora, Maria – que, como já mencionamos, narrou com poucos detalhes suas vivências – contou mais detidamente sobre intervenções semelhantes em seu primeiro e segundo parto, também via vaginal. Ela contou que também passou muito tempo no hospital para ter seus filhos. Disse que em sua primeira experiência, o nascimento se deu com auxílio de fórceps – “à ferro” –, contudo, antes uma enfermeira subiu em cima dela para fazer força em sua barriga, mandando que ela fizesse força também. Marcadamente, ela refletiu sobre esses procedimentos com uma conotação muito negativa, de maneira geral. Se referiu à manobra realizada como uma ação desnecessária e disse que chegou a ouvir na ocasião que depois esqueceria, o que pontuou não concordar. Ainda nesse mesmo parto, foi com notável desconforto que Maria relatou que, apesar de todas as intervenções sofridas, os profissionais chegaram a dizer que seria culpa dela em caso de um mau desfecho. No momento que fala do ocorrido, chegou a contrariar essa ameaça, sugerindo que era o procedimento que eles fizeram que deveria estar errado: “A primeira ainda foi pior do que a segunda. Era para ter feito cesárea, mas eles não quiseram fazer. Aí falaram que se a garota morresse a culpada ia ser eu. Falaram isso ‘Se a criança morrer...’ [...] É porque eu não estava fazendo força para criança nascer”. Já sobre o segundo parto, falou também da oxitocina, mas sempre mencionando como uma

intervenção com o intuito de lhe causar dor, não reconhecendo como algo que auxiliaria no processo: “Porque antigamente dava injeção para aumentar a dor para nascer.” (Maria).

Os procedimentos relatados por Maria são apresentados com um objetivo simples: causar sofrimento. Dessa forma, a aparente posição indiscriminada do uso, ou ao menos a não clareza da motivação, da intervenção trouxe à tona um entendimento de uma prática roteirizada. É possível dialogar com esse entendimento junto ao que autores com Silva *et al.* (2019a) nos mostram ao analisarem artigos publicados em periódicos científicos brasileiros da área da obstetrícia entre os anos de 1930 e 1970, período que entendem a intensificação da hospitalização do parto no Brasil. Percebe-se uma mobilização construída pelas produções de conhecimento da época, que definem a busca da suavização de um evento visto como um transtorno. Havia uma noção corrente de corpo feminino como máquina que deve de ser conduzida pelo médico, no evento do parto, e reparada sempre que necessário, mas que é sempre sujeita a falha e, por isso, “medidas normalizadoras”, por meio de intervenções profiláticas, eram vistas como necessárias. Esse manejo normalizador nos remete a situações de violação do protagonismo dessa mulher, como expresso pelos próprios comentários de Maria, sobre as intervenções recebidas.

Independente da adoção de um parto cirúrgico, ou o acompanhamento de uma evolução fisiológica dos partos, nesse cenário ambos vão se apresentar com a característica das intervenções tecnológicas. E, apesar da literatura apresentar o monitoramento do médico como a mais breve correção de “distócias” (SILVA *et al.*, 2019a), como aponta o relato de Maria e de outras mulheres de sua geração, parece haver uma mecanização das práticas não se adaptando a contextos, mas sim pertencendo a um roteiro estabelecido de práticas que são de primazia do médico responsável por aquele acontecimento.

Dessa forma, vemos nesses relatos o entendimento de um parto de sofrimento e traumas por si só, mas que, na realidade, se dá justamente pelas intervenções que se apresentavam para remediar o evento. Também o julgamento de Maria que diz que “era para ter feito cesárea” evidencia a noção do perigo do parto e como era visto o procedimento cirúrgico como uma aposta por um procedimento rápido, para que não houvesse o sofrimento e risco tido como inevitável do parto, que, na realidade, podemos relacionar a uma cascata de intervenções que causavam impactos negativos. É dessa noção que emerge um movimento que parece se solidificar no momento da **Geração 1**: a criação da cesárea como o melhor roteiro para um parto ideal como veremos impactar as próximas gerações entrevistadas.

Nesse contexto, não só as tecnologias como o tratamento que tanto Cora como Maria mencionam evidenciam uma assistência discriminatória que, conforme vemos em literatura, a

mulher é tratada como elemento secundário da cena de parto que deve estar sujeita a um controle que decide sobre o melhor caminho do procedimento a despeito do bem-estar da parturiente (JARDIM; MODENA, 2018). É nesse sentido que, precedendo o uso do termo da violência obstétrica, podemos observar situações que se categorizam como tal, sendo situações de desrespeito e abuso desde o não consentimento, arbitrariedade ou mesmo abuso verbal.

É claro que precisamos olhar para além dos procedimentos que, com os conhecimentos e discussões que temos hoje, podemos identificar enquanto medicalizações no parto – em grande parte dos cenários desnecessárias. Salientamos que, naquele momento, as práticas citadas eram vistas como equivalências de uma boa assistência pelo entendimento médico, contudo, também afirmamos que, pela escuta das narrativas dessas mulheres, desde aquele momento, tínhamos as situações vistas por elas como negativas, com grandes impactos à história de vida dessas mulheres

Podemos identificar a construção de um roteiro à assistência ao parto baseado em um modelo tecnocrático que hospitaliza o evento, inicialmente visto sob a ótica de um avanço inegável, dado o advento da assepsia e a possibilidade de evitar mortalidades por infecções. Essa forma de cuidado cristaliza um modelo assentado na primazia da tecnologia sobre as relações humanas e uma dita neutralidade de valores. Ainda, defende um paradigma que passa a ser questionado intensamente uma vez que são identificados impactos físicos e emocionais desnecessários que poderiam ser resultantes de suas práticas – como vemos nos relatos –, além de um paradoxo que foi percebido: o uso irracional da tecnologia foi percebido como um fator complicador que impediu a redução da morbimortalidade materna e perinatal de alguns países (DINIZ, 2009).

É a partir desses estudos, produzidos desde 1950, que se constrói um arcabouço de conhecimento compilando uma série de recomendações da OMS pela primeira vez em 1996, através do trabalho de colaboração internacional de revisão. Temos, a partir de então, detalhamento e classificação de práticas da assistência com vistas à sua efetividade e segurança em atualização a partir de novo movimento que se declara uma medicina baseada em evidências (MBE). Esta produção não apenas se torna um manual e baseia diversas políticas públicas ao redor do mundo, como se apresenta como um marco no movimento que busca uma ressignificação do corpo feminino como apto ao evento do parto. Evento este que não mais apresentado como um perigo imprevisível que deve ser controlado e submetido a um molde que deixe de fora as peculiaridades enquanto processo fisiológico, mas que também carrega uma experiência que é cultural, social, pessoal e sexual. Pontua-se que esse marco, na maioria das vezes, não apresenta necessidade de quaisquer intervenções.

Em contraste, mesmo trazendo essa relação negativa sobre o uso dessas tecnologias, caracterizando o parto como momentos de dificuldade e dor, a **Geração 1** explicitou não ter no seu entendimento de parto a noção de escolhas, nem proximidade com aqueles procedimentos que aconteceram. Não levantaram direta nem indiretamente o que gostariam que houvesse acontecido, com quem gostariam de ter estado, o que poderia ser feito. Como vimos, não falam o nome de nenhum remédio ou procedimento, marcando grande desconhecimento do que estava sendo feito com elas, assumindo um lugar de objeto de intervenções e não protagonistas de suas cenas de parto, marcando um processo de tomada do corpo feminino pelo saber médico enquanto objeto de estudo e intervenção. Nada tiveram a contribuir, uma vez que foram postas completamente alheias à situação, se apresentando sem escolha porque “não tinha o que fazer”.

Mesmo Odete que não falou muito sobre os seus partos “normais” deixou evidente o lugar de passividade que ela estava em relação aos cuidados que recebeu. Ela contou que em seu segundo parto, já no hospital, quando a bolsa estourou, sentiu uma dor que a fez correr para o vaso acreditando que precisava usar o banheiro (provavelmente pela vontade fazer força se assemelhar ao ímpeto de evacuar), onde a bebê quase acabou nascendo. Uma enfermeira avista a situação e, após chamá-la de louca, mandou que ela se deite, para que a profissional pudesse terminar de tirar a bebê. Após o comando (“só deita aí!”), ela obedeceu e foi encaminhada para a sala de parto apenas para receber ponto de uma pequena laceração. Esse momento foi referido dizendo que “sabia que tinha que ser assim”, dando a entender que não havia nada que pudesse fazer no momento que não seguir ordens. Essa situação de passividade se deu frente ao comando da equipe e a resignação em relação ao caminho escolhido a despeito de seus interesses ou preferências, o que retrata a realidade da **Geração 1**.

No Brasil, Diniz *et al.* (2015) trazem que, pouco após a data das histórias de partos das mulheres da **Geração 1**, já na década de 1980, pesquisas acadêmicas exploravam o parto institucionalizado como uma experiência violenta, buscando entender a assistência, marcando também que tal tema estava sendo abordado em trabalhos feministas dentro e fora da academia no Brasil. E, um pouco mais a frente, com o encontro de todos esses fatores, vemos, em 1993, a fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA). Essa mobilização é fruto de experiências em diversos estados brasileiros que buscam oferecer assistências humanizadas por coletivos e associações. A Rede funda um papel de denúncia e discussão frente à distância das realidades do atendimento de práticas adequadas, cada vez mais com evidências sobre a efetividade e segurança, mas que desafiam um papel hegemônico de controle e hierarquização do poder médico, condicionante de violência e constrangimento.

5.1.4. “tudo direitinho”: Valoração das vias de parto

Os relatos negativos sobre os partos vaginais e diversos outros fatores construíram a prática da cesárea como panorama cada vez mais comum nas experiências dessas mulheres, ao longo das gestações. Cora, em importante contraste, fez referência ao seu parto cesáreo como um oposto à via vaginal. Ela hierarquiza as vias de parto: uma vez que no atendimento público avaliou que esteve em uma situação sem escolha, nem da equipe, nem de quem faria o parto, na experiência da cesárea – e atenção em cobertura privada – haveria um “controle”, não por escolhas dela diretamente, mas por ter condições que lhe trouxeram segurança – como cesárea marcada com uma equipe formada a sua espera, um objetivo comum traçado (a “ligadura”) e ela ter sido apresentada à equipe responsável pela cirurgia, mesmo que brevemente. Esses fatores parecem ter feito com que ela se sentisse incluída nesse processo. Inclusive, ao iniciar a narrativa sobre o parto, explicitou sua preferência, antevendo a experiência ruim que iria contar: “Se fosse hoje, eu corria para uma cesárea, mas naquela época...”.

Sua tematização localiza-se na contramão da discussão do que o parto humanizado preconiza. Contudo, se o parto normal, no contexto trazido por Cora, foi estar na mão dos médicos para que fizessem uma série de intervenções que ela identifica como sofrimento, a cesárea oferece uma situação em que a intervenção é esperada e direcionada. Maia (2010) atenta aos caminhos a serem traçados na perspectiva do modelo tecnocrático de assistência ao parto com apenas duas alternativas para a parturiente: “um parto vaginal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea” (p.37). Dessa forma, a cesárea é vista como a última das intervenções que, com “risco certo”, busca prevenir o risco potencial de resultados adversos.

Sobre o caminho para a cesárea por todas da **Geração 1**, Maia (2010) aponta que, na década de 1970, observa-se a tendência em diversos trabalhos que indicam taxas de cesárea já maiores nos estabelecimentos contratados do que nos próprios da Previdência, sendo recorrentes para usuárias dos serviços privados, em contratos àquelas sem cobertura e mesmo as usuárias da Previdência. Ainda, é feita a tentativa de corrigir essa distorção com a equiparação da remuneração médica para parto normal ou cesárea (já até então a cesárea pagava mais), o que não reverteu o cenário.

Em contrapartida, o que vemos é um pedido de cesárea pela mulher visando encerrar celeremente um processo doloroso e solitário, no qual ela precisa esperar consideravelmente entre a entrada no hospital e o parto, uma vez que, como sinalizado por Maia (2010), a admissão acontece muito precocemente, por vezes antes mesmo de a mulher estar em trabalho de parto.

Dessa forma, ela é submetida a ações desnecessárias e dolorosas, sem serem oferecidas técnicas de alívio da dor, sejam farmacológicas ou não, durante o período do pré-parto.

Contudo, esse entendimento da cesárea não é totalmente um ponto em comum. Odete, da mesma geração, ao falar sobre sua cesárea, fez a valoração como via de parto “pior”. Ela conta que, ao fazer a cirurgia orientada a fazer a ligadura no nascimento de ser terceiro e último filho, conheceu a equipe de seu parto no momento que chegou no hospital, qualificou dizendo que prepararam tudo “direitinho” e que esteve acordada e sozinha (sem acompanhante) durante o procedimento. Ainda assim, ela argumentou que os partos “normais” foram rápidos e tranquilos. Por outro lado, deu a entender que a cesárea a deixou precisando de ajuda, pelas limitações da cirurgia, o que não a deixou confortável.

Vale lembrar que Odete pertence a classe popular e relata que no pós-parto era necessário fazer uma série de atividades que não foram possíveis sem auxílio, quando estava em recuperação da operação. Cora relatou também a recuperação como ponto negativo da cesárea, contudo, deu mais ênfase a dor, dando a entender que não haveria “como fugir” de uma experiência de sofrimento, no parto.

5.1.5. Passividade, tempo, dor e morte: o encontro com seu “destino”

Outro valor atribuído ao momento do parto por essas mulheres de maneira geral se referiu a um sentido religioso. Maria teve sua narrativa profundamente remetida a um discurso religioso que se apresentou como lugar de segurança. Foi possível notar na cadência de suas falas, no tom e voz, nas manias de linguagem usadas para descrever como se sentia desconfortável em andar por essas memórias. Dessa forma, a fala religiosa era inserida ao longo da sua história, buscando aplacar o desconforto e dando sentido à experiência como um obstáculo que venceu com ajuda divina. A visão do caminho percorrido com o auxílio divino levou-a a concluir que teve um bom desfecho. Odete, de maneira semelhante, atribui o sentido religioso ao desfecho de suas histórias, sendo as “graças a Deus” seguidas do “agora estão todos bem”. Esses breves comentários, sempre presentes, apresentam um alívio vindo do momento presente, mas que parece revelar ainda a angústia vivida naquele fato passado.

Cora também referiu um chamado à intervenção divina no momento de sofrimento, já mencionado, quando em sua primeira gravidez os profissionais fizeram uso do fórceps para auxiliar na saída do bebê. Ela, de tamanha dor e sofrimento, disse ter pedido a morte a Deus, julgando como um desfecho melhor do que a situação que estava vivendo. Além disso, confidenciou que fez o desejo para que sua filha que estava nascendo nunca passasse por

tamanho sofrimento.

Quando chegou de manhã já viu, né. Aí foi um fórceps, entendeu. Ah, minha filha. Que sofrimento. Dali fomos para sala de parto e ali foram mais duas horas lutando para a criança nascer. Se fosse hoje, eu corria para uma cesárea, mas naquela época... Então, quando eu senti assim, que ela foi puxada... Não... eu pedi a morte a Deus na hora. Olha que naquela idade querer a morte...[...] Eu falei “Jesus, me mata” E eu falei com a minha mãe, isso foi muito forte: “Que a minha filha nunca seja mãe” (Cora)

Cora afirmou que atualmente não reconhece tais sentimentos como algo que perdurou, mas considerou que a lembrança seria uma evidência do quão negativa foi a experiência, como algo que ela só teria sentido naquele momento de sua vida.

Um outro entendimento que as narradoras trouxeram que se relaciona a uma experiência de padecimento é o tempo. Os períodos de trabalho de parto são diferentes se compararmos à natureza das duas vias de parto – sendo o parto vaginal algo extremamente variável e que pode se estender por muitas horas. A cesariana, por ser uma cirurgia, possui, geralmente, uma certa padronização do tempo.

Tanto Cora como Maria deram a entender que ficaram muito tempo em seus partos “normais” e contaram esse tempo como de muito sofrimento, solidão, chegando a mencionar ser uma experiência tão insuportável que naquele momento acharam que não conseguiriam aguentar, retratando essa vivência da dor como uma experiência devastadora. Em contrapartida, o entendimento de uma experiência rápida foi associado a cesariana, aparecendo em grande parte das narrativas desse tipo de parto.

Essa dor só foi posta em outra perspectiva a partir da narrativa de Odete, que chegou a trazer a dor como realidade inevitável ao processo, sem dar tanta ênfase ao fato, fazendo uma comparação, se referindo a dor no parto “normal” não como sofrimento e incapacidade, mas como parte de um processo rápido em que logo tinha contato com o bebê e podia ir para casa. Ela comparou com a dor da recuperação da cesárea – que ela trouxe como muito limitante e, assim, bem mais impactante.

Nesses sentidos sobre o tempo, as narrativas de passividade e solidão potencializam e fragilizam essas experiências dimensionado a dor e trazendo a morte como possibilidade. Com isso, é observado que não há acompanhantes em nenhuma dessas histórias; sendo as primeiras companhias dessas mulheres seus bebês, quando nascem.

5.1.6. O bebê em cena

Na **Geração 1**, Cora e Maria narraram experiências de parto impactantes – Cora chega

a caracterizar em suas palavras o acontecimento como traumático – que não chegam a falar dos primeiros contatos com seus bebês. Cora contou apenas de um momento após o parto de sua primeira filha, em que foi ao leito – momento em que comumente mulheres contam ter recebido seus filhos nos braços pela primeira vez – e chorou pelo que tinha acabado de viver, marcando o isolamento vivenciado. Se referindo ao que tinha vivido no parto, comenta: “Então, foi assim, muito sofrido mesmo, entendeu? Aí lá no hospital... Depois que eu tive a bebezinha, a [bebê], que eu fui chorar, assim, no leito”.

Já Maria passou por tanto sofrimento que se afastou do momento do parto assim que a narrativa do evento acaba. Ela não falou do primeiro contato com suas bebês, contando seguidamente de suas filhas num cenário distante, abordando o processo de crescimento, inclusive trazendo como elas ficaram bem, saudáveis, acenando como uma compensação por tanto sofrimento.

Odete mencionou o contato com seu filho apenas quando narrou seu terceiro e último parto, que foi uma cesárea – experiência que ela criticou e valorou como ruim. Ela contou que estava com dor de cabeça e teve dificuldade em aceitar o seu bebê quando ele foi levado até ela para que fosse feito o primeiro contato já no leito, fora da cirurgia. Disse que, por isso, foi tratada com desconfiança e chamada de “cobra” por alguns profissionais do hospital, por pedir para que levassem o filho para longe, após ficar nervosa ao escutar seu choro. Relatou que enquanto esteve no hospital, não pôde estar sozinha com seu filho até sair, era vigiada pela equipe de forma que, toda vez que terminava de alimentá-lo, a criança era logo retirada de seus braços.

Essa reação da equipe, e a própria valoração dada pela Odete como se algo estivesse dado errado, é reforçada pelo entendimento de uma relação inata de vinculação com o bebê. Badinter (1985), na década de 80, discute isso em seu livro “Um Amor conquistado: o mito do amor materno”. Ela observa que esse amor materno vai ser de fato adquirido ao longo da convivência e dos cuidados dispensados em oposição a toda uma construção que tem grande amparo no discurso médico-moralizante de que a mães tem papel natural e disposição inata, em instinto para a afeição e cuidado independente de suas necessidades. Assume-se através da naturalização do lugar dessa mulher como mãe e cuidadora, um “dom materno”.

Mesmo o encontro com os bebês não sendo explicitado como um marco para essa geração, a chegada desse novo integrante continuou trazendo características observadas ao longo da assistência. Odete contou que, após o seu segundo parto, a equipe não orientou os cuidados do bebê. Isso porque ela relatou que essa segunda filha nasce com “um monte de tumorzinho no pescoço”, “cheios de sangue” que estouravam conforme ela dava banho. Sobre

esse quadro, ela relata que os médicos viram, mas não chegaram a orientá-la, nem a comentar nada em específico— inclusive ela sinaliza não saber até hoje o que seria. Ela disse que foi com a ajuda da cunhada, quando vai para casa, que lida com a situação com uma solução caseira, uma pasta com farinha que alivia os sintomas que depois somem.

Essa falta de informação parece beirar a negligência da assistência ao binômio mãe-bebê. Na literatura vemos a não informação ligada a viabilização de cenários intervencionistas (DINIZ *et al.* 2015) em um contexto de violência obstétrica. Na situação narrada, vemos a desconsideração da equipe do seu lugar nesse cuidado, causando um abandono que também podemos referenciar ao mesmo fenômeno violento.

5.1.7. “Acabou a sopa”: a rápida volta à realidade

Com exceção de alguns relatos como o de Odete sobre o não diagnóstico de sua segunda filha, o período de internação após o parto quase nunca foi apresentado pelas mulheres da **Geração 1**. Sendo perguntadas, alguma breve tematização era feita sem ênfase ao que acontecia dentro do hospital, mas sim o que as aguardava do lado de fora.

Cora respondeu com um aparente contraste quando questionada sobre como teria sido a assistência no leito do hospital, após o momento do primeiro parto, sinalizado como uma experiência traumática. Ela contou que foi tratada bem, mas com ressalvas, como se a rede pública, onde foi atendida, não fosse conhecida por isso. Também, marcadamente, falou que o breve momento de recuperação na instituição seria um descanso para os próximos momentos de carga de cuidado, como sinaliza que aconteceria ao voltar para a casa da mãe:

Ah, tratam bem, né. Depois vão ver a neném. Aí até falavam que era a neném mais bonita da enfermaria. Era carequinha, olho azul. Era mesmo muito bonitinha. Aí foi isso. Depois elas tratam a gente com carinho sim. A gente fica ali dois dias, três e a gente vai embora e acabou a sopa. Fica ali deitada sendo, assim, acarinhada por um e outro. (Cora)

Para a **Geração 1**, a retomada do cargo de cuidadora e suas atribuições marcam o parto não como “um acontecimento” tão destacado, mas sim um intervalo. Cora, como vimos acima, trouxe o peso dessa retomada, mas não apenas no primeiro parto. Na segunda gravidez, falou de maneira negativa da recuperação da cesárea, justamente por impedi-la de retornar sem dores às atividades que precisava desempenhar. Tal relato se assemelha ao que Odete pontuou e a fez, como já vimos, valorar negativamente a via de parto por cesariana.

Um fato importante da escuta das narrativas de parto dessa geração é como ouvimos não apenas o evento isolado de cada um dos nascimentos, mas sim as diversas interações desses

eventos entre si. Decorrente dessas interações, vimos o cuidado a outras crianças em cena. Sobre o assunto, Maria sentiu muita dificuldade entre suas experiências de parto frente ao crescimento e cuidado das filhas. Deixou claro que contava com a eventual ajuda de outros e, mesmo com a possibilidade já mencionada de pagar por uma pessoa para realizar outras atividades de sua responsabilidade, sobretudo enquanto passava por outra gestação, quando relatou que passava muito mal. Também falou de um cotidiano solitário no cuidado às filhas, transformando situações como atravessar a rua ou ir à igreja como eventos de grande complexidade que exigiam a ajuda de pessoas no caminho.

Já Odete fala sobre a relação entre as crianças como dificuldades de aceitação e noções de cuidado entre elas e o novo bebê que chegava. Esses pequenos fragmentos de relatos das vivências cotidianas parecem trazer muito da carga do trabalho de cuidado de uma mulher que engravida e tem outros filhos, fala da rede de cuidado que ela tem disponível, dos recursos disponíveis, do que essa mulher se responsabiliza e abre mão e nos fazem refletir se essas outras relações poderiam fazer parte de um acompanhamento de pré-natal para além do filho que se gesta no momento, mas sim do contexto que esse novo membro entra na família. Essa abordagem ampliada do contexto de uma gestação é preconizada pelas mais novas diretrizes sobre a saúde da mulher, em que temos a inserção de projetos como rodas de gestantes, com discussão com outras mulheres com a mesma experiência ou mesmo o “pré-natal do parceiro”, que se relaciona com a inserção do homem nesse acompanhamento e relações de cuidado (BRASIL, 2018). Perspectivas que, à época eram inimagináveis para essa geração, dada a naturalização das “obrigações maternas”.

Fica evidente para a **Geração 1** que a presença de uma rede de apoio para cuidados com a mãe e o bebê não é um senso comum entre essas mulheres, mesmo que, por vezes, algum familiar tenha sido citado ou a vaga ideia de ter ajuda de outros. Mais uma vez, a ideia que cuidar de um bebê é uma tarefa “natural” que deve ser realizada por qualquer mulher prevalece.

5.1.8. “Aquilo passou, tudo passa.”: O que fica?

Podemos perceber que as narrativas das mulheres da **Geração 1** trazem conclusões estabelecidas e que evidenciam os impactos dessas experiências em suas vidas. A partir de suas histórias de partos, fica claro que o poder aquisitivo muda o cuidado, mostra impactos em seus cuidados em saúde como um todo, já que elas optaram, a partir de então, – uma vez que tenham condições para isso – por ter acesso à saúde de uma determinada forma que faça sentir cuidado.

Cora também falou com contundência sobre o trauma do parto, comum às mulheres da

Geração 1. Ela contou que, por muito tempo, teve a experiência do parto como algo que lhe traumatizava e emocionava, uma situação negativa que era difícil de poder compartilhar: “Eu fiquei traumatizada muito tempo da primeira, mas agora, graças a Deus, aquilo saiu da minha mente. Era até uma história que eu contava, eu me emocionava, entendeu? Aquilo passou, tudo passa.”. Quando mencionou essa carga emotiva logo contrabalança dizendo que “tudo passa”, apesar disso, conta uma história recheada de adjetivos que nos convoca a imaginar como foi a trajetória.

Consonantemente, Maria falou de uma “vida sofrida” antes, durante e depois dos partos, isso fica expresso na maneira contínua em que ela fala dos “obstáculos” em sua vida, dando a entender que eles sempre estiveram presentes: “As crianças foram crescendo a cada dia e as lutas da vida acompanhando, mas a gente vencendo”. O que ela narrou foi, em suas próprias palavras, uma “luta”, que envolveu muito “sofrimento” e “fé”. Junto a isso, ao longo da narrativa, agradeceu em incontáveis momentos a Deus pelo desfecho, tratando como uma vitória, reiterando a fala religiosa de “combate aos inimigos”. Esse desfecho positivo se apresenta sendo o crescimento, desenvolvimento e formação das filhas. Apontou que julgava que agora está tudo bem e evidenciou isso contando da continuidade das gerações: por haver suas filhas crescidas, suas netas e até bisnetos – todos os momentos e etapas que cada vez mais a distanciam temporalmente de sua experiência do parto.

Odete vai além: narrou histórias de sua saúde geral, como mulher, com uma noção de continuidade em relação aos seus partos. Como já discutimos, a centralidade da saúde da mulher a partir de seu sistema reprodutor conduz uma visão do corpo feminino instável e mesmo perigoso. Uma série de supostos acometimentos – como era vista a menstruação e posteriormente a histeria, cujo tratamento inicial era histerectomia – são explorados pela medicina dando às mulheres a vivência de um corpo fraco, frágil, débil e desregulado, precisando sempre de inúmeras intervenções que permitem, assim, transformá-lo, esquadrihá-lo, para dominá-lo, evidenciando os discursos patriarcais que foram sendo incorporados a todo esse projeto. (VIEIRA, 2002). Odete falou de outras cirurgias que precisou fazer antes e depois de ter seus filhos: dois nódulos no peito que se mostram ser benignos – uma “sorte grande” segundo o médico – aos 19 anos, e, um mioma que “estourou” e a levou para uma cirurgia de emergência aos 36 anos. Ao contar todos esses eventos, deu a entender que ela estava a todo momento em perigo pelo seu próprio corpo.

O que fica para essas mulheres são memórias, sobretudo negativas, do parto, que são diluídas pelos entendimentos normalizados de submissão nos cuidados em saúde. Entretanto, percebemos que, ao convocarmos essas histórias, tais sentimentos são reavivados para essa

geração que nos apresenta relatos de solidão e dor. Elas retratam a equipe de saúde sem detalhes e com relações negativas no geral e apresentam a falta de suporte para além do parto, com os cuidados com os bebês e no momento da gestação, ficando evidente que esses momentos da reprodução feminina e seus cuidados são vistos com naturalidade como um “preço” a ser pago bem como a vivência dos papéis sociais femininos.

5.2. AS MÃES DIVERSAS: HISTÓRIAS CONTADAS PELAS MULHERES DA GERAÇÃO 2

Trazer o relato das mulheres que denominamos da **Geração 2** é apontar realidades múltiplas e em diálogo com a geração anterior. A multiplicidade se explica não apenas pelo encontro com singularidade de cada uma de suas histórias, mas também por apresentar o maior período de todas as gerações, com partos de 1986 a 2011; além de o maior número de nascimentos, com 12 partos. Temos, assim, narrativas longas – principalmente aquelas com as mulheres de classes populares –, com momentos temporais bem definidos como veremos a seguir.

5.2.1. Início da gravidez: planejamento e desconhecimento

Em contraste com a geração anterior, em que vimos as gravidezes se iniciarem junto com os casamentos, na presente geração há duas realidades bem distintas. Para as entrevistadas da classe média, há algum planejamento desde a primeira gravidez, mesmo que não seja tão detalhado como veremos na próxima geração. Para estas mulheres – a Cecília de família negra e Márcia de família branca – houve uma conversa com o cônjuge e a noção de um interesse mútuo.

Para aquelas de classe popular – a Olga de família negra e a Teresa de família branca – suas primeiras gestações foram pautadas pelo desconhecimento sobre a gravidez. Ainda assim, em algum ponto de suas histórias, o planejamento da gravidez entrou em cena. Contudo, foi com a **Geração 2** que o planejamento de gestações ganhou um lugar nas narrativas.

As mulheres da **Gerações 2** de classe popular expressaram o desconhecimento, muitas vezes, trazendo a questão do (não) uso de métodos contraceptivos – fato explorado também na Geração 1. Tereza nos fala de sua origem rural para explicar os desconhecimentos em relação a sexualidade.

Sem muita experiência do caminho que eu saí de casa muito cedo, com 13 anos. Aí, fui me envolvendo, envolvendo com o namoradinho e bá bá bá.. Aí, veio a gravidez.

E eu não sabia nem o que era a gravidez. Eu era, eu já vim da roça e não entendia muito isso. Porque nunca teve muita explicação sobre isso, eu. Então, quer dizer, fui só vivendo, achando que estava vivendo. Aí, engravidei. (Teresa).

Contudo, Olga, mulher negra residente de zona urbana, também mencionou desconhecimento semelhante que resultou em uma gravidez aos seus 15 anos. Nesse cenário, ela também apontou a falta de instrução por parte de sua família e que, a partir de sua experiência, buscou ter uma postura diferente com suas próprias filhas, se comprometendo a falar com elas sobre o assunto.

Então naquela época, eu... não culpo meus pais, era muito tabu isso de sexo, de falar para a menina de menstruação, não contavam para você. Eu com a minha mãe, naquela época, não tinha tanta intimidade como tenho hoje, como tenho com as minhas filhas. Então, assim, eu fiquei grávida... eu tive a primeira relação com ele eu tinha 13 para 14 anos, sem saber por onde saía o filho, sem saber para que servia a camisinha, o anticoncepcional, eu não sabia. (Olga)

Olga contou que começou a ter relações aos 13 anos e engravidou aos 15 anos de um ex-namorado que conhecia desde o jardim de infância. Sem que ela soubesse que estava grávida, compartilhava com a irmã que sentia algo mexendo em sua barriga. Foi a mãe do ex-namorado que notou mudanças corporais nela e, ao saber que a jovem andava passando mal, a convidou para ir a outro médico (a mãe a levava para se consultar antes e o médico havia dito que a causa era algum problema no fígado). Por fim, constatou-se que ela estava no sétimo mês de gravidez. Foi na consulta em que descobriu a gravidez que ela teve a oportunidade de questionar ao médico e aprender por meio de uma explicação detalhada, com os modelos anatômicos do consultório, sobre por onde o bebê sairia e como estava sendo todo o processo de gravidez.

Ainda sobre o assunto da contracepção, além de não conhecerem os métodos, foi feita uma crítica por Teresa, que apontou que, mesmo quando era algo desejado, o uso de “remédios” não era algo tão simples:

Não tinha essa liberdade toda de ir ao hospital, dar remédio de graça. Tinha que ser pago, tinha que ser pago. [...] Porque hoje tem tudo, e de graça... E a experiência também, filha, que mudou muito, né. Quer dizer, hoje está mais aberto, hoje tem mais oportunidade. Ou seja, a gente, mulher, é mais conhecida, já tem mais ajuda. Antes não tinha nada disso, não. Quem tinha dinheiro, comprava; quem não tinha... E os homens não queriam dar. Os homens não diziam: “Toma aqui o dinheiro para comprar” (Teresa)

A fala de Teresa retrata uma virada de visão do planejamento reprodutivo de uma concepção controlista, retratada como base da inserção dos métodos contraceptivos na geração passada, para um entendimento de direito de cidadania. Ela pontua o momento presente, em que a mulher seria mais conhecida e teria mais “ajuda” em comparação com a realidade em que

viveu sua vida reprodutiva na década de 1980. Em sua época, apesar da criação de importantes políticas, como o PAISM que trazia como um dos fundamentos o “planejamento familiar”⁴, também havia um contexto de degradação qualitativa dos serviços de saúde e intensificação de um cenário privatista nesses serviços. Sobre esse embate, Coelho *et al.* (2000) pontuam a intensificação entre as décadas de 1980 e 1990 até os dias atuais, em que há uma realidade que qualificam como “nítida a predominância de uma medicina que atende à lógica neoliberal, com expansão da assistência à saúde mercantilizada, através de modalidades discriminatórias, fazendo com que a população tenha como referência o subsistema privado de saúde” (p.42).

É preciso pontuar que a narrativa de Teresa se difere das outras também por trazer um relato aberto de condição de violência doméstica por muitos anos, entre suas gravidezes. Dessa forma, ao passo que foi apresentada uma primeira gestação “sem muita experiência do caminho”, a sua segunda, terceira e quarta gravidezes foram frutos de um relacionamento abusivo, em que ela não tinha controle sobre sua própria fertilidade, seja por ter sido obrigada a ter relações sexuais quando seu companheiro tinha vontade, seja por ela não ter tido apoio ou diálogo na busca métodos de contracepção.

Sua maneira de se inserir na prática de métodos contraceptivos se assemelhou ao que foi visto nas mulheres da Geração 1. Ela disse que, motivada pela sua insatisfação com sua situação de vida, com a ajuda de uma vizinha, conseguiu planejar, em segredo, uma laqueadura ao longo de sua quarta gestação. Com isso, ela narrou que já buscava uma forma de sair do relacionamento em que estava e que ter controle sobre sua vida reprodutiva foi o caminho para poder cuidar de seus filhos e sair dessa situação. Alves (2017), em sua pesquisa, ao escutar mulheres como histórias reprodutivas temporalmente próximas de Teresa, identifica motivação semelhante para realização da esterilização: a (má) qualidade da relação com o parceiro permeia a justificativa da escolha pelo fim do ciclo reprodutivo.

Teresa ainda teve sua quinta gravidez 20 anos depois da gestação anterior e após a realização de uma laqueadura. Isso aconteceu, em seus 47 anos, pois se envolveu em um extenuante tratamento de inseminação artificial passando por diversas tentativas no período de três anos. A última gravidez foi planejada como um presente de “bom comportamento” do parceiro, após ser convencida, ao longo de 8 anos, a ter um filho com seu atual esposo que, por ser um bom pai para os filhos dela, “merecia” ter um filho que fosse dele. Tereza falou que este

4 |O programa, atendendo reivindicações feministas, tem um sub-programa de planejamento familiar que pressuporia direito à livre escolha dos padrões de reprodução defendendo o acesso a informações e meios para intervir na fecundidade quando desejado de forma a separa o exercício da sexualidade da função reprodutiva (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000)

planejamento não foi consciente para ela, já que tudo sobre a inseminação ficou a cargo de seu marido e o médico. Comentou que até hoje não sabe os detalhes, já que precisou assinar uma série de documentos e permissões que, por ser analfabeta, até hoje não sabe a que se referem.

Este fato mostra a impossibilidade da tomada de decisão informada, dada a comunicação apenas documental, o que se apresenta como uma violação de seus direitos. Isso também evidencia a hierarquia sob a qual esteve submetida, em que outros passaram a ser responsáveis pelo cuidado de sua gestação. Ribeiro *et al.* (2020) apontam a intensificação de situações de violência obstétrica em múltiparas, cuja vulnerabilidade social é identificada pela equipe de saúde. Já Lima *et al.* (2021) tematizam a disparidade racial das incidências de violações. Tendo em vista o conceito de interseccionalidade que pontua o impacto do racismo, sexismo, opressão de classe e outros sistemas discriminatórios (CRENSHAW, 2002), podemos analisar o peso de seu analfabetismo e origem rural e popular no tratamento tutelado que recebeu.

5.2.2. “É necessário e tem que fazer”: o pré-natal ganha maior destaque

Os relatos de gravidezes atravessadas pelo desconhecimento, como as de Tereza e Olga nos dão acesso aos únicos casos de mulheres que relataram não ter tido acesso ao pré-natal em todas as gerações. Curiosamente, isso não se relacionou a um pertencimento geracional, que poderíamos atribuir a dificuldade de cobertura do serviço. Teresa trouxe que, pelas condições precárias de vida e o próprio desconhecimento do processo da gravidez, não teve acesso ao pré-natal de seu primeiro filho. Na época, morava com a irmã que também estava grávida e com um filho de 2 anos. Foi a irmã que desconfiou de sua gravidez, disse que iria “ver isso” e deu a ela vários remédios junto com uma *Coca-cola*, o que fez com que ela passasse mal. Ela foi parar no hospital, onde o médico anunciou que ela estava grávida e que ela poderia ter morrido pela intervenção medicamentosa – ela não deu detalhes sobre os remédios, mas pela fala da irmã ela deu a entender que era um método popular para interromper a gravidez. A menção a esses métodos tem origem e retrata impactos reais frente à dificuldade de acesso a métodos contraceptivos e à falta de acesso de informações adequada em grupos mais pobres e marginalizados, que sofriam – e ainda sofrem – processo de exclusões, apesar de recomendação de prioridade pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em todas suas outras gestações, fez o acompanhamento. Mesmo durante sua segunda, terceira e quarta gestações vivendo situação de violência doméstica com condições muito precárias de vida, conseguiu ter acesso ao pré-natal, mas não remeteu ao acompanhamento grande importância: “Uma vez no mês que eles marcam para ir. Eles medem a barriga, só isso

e aí, medem a pressão...” (Teresa). Junto a isso, ela relatou que, apenas uma vez, foi identificada sinal das agressões que sofria e ela foi questionada: “Só o dia em que eu apanhei muito [grávida da] da [segunda filha]. [Um médico] Perguntou o que tinha acontecido comigo e eu menti. Eu disse que eu tinha caído da escada.”.

Este breve encontro da violência com o cuidado em saúde nos atenta para a importância do profissional em saúde em tais situações de vulnerabilidades. Alguns autores, como Moraes *et al.* (2010), exploraram a violência entre parceiros íntimos como fator de risco para a má qualidade do pré-natal e com isso observaram que as mulheres que sofrem abusos físicos durante a gestação merecem atenção especial nos serviços de saúde. Devido a suas diversas características (socioeconômicas, demográficas, reprodutivas, de hábitos de vida e a vivência da violência), essas mulheres têm riscos de complicações aumentados, bem como outros problemas relacionados. No caso de Teresa, como sugerem Moraes *et al.* (2010), essa situação é comum em vítimas de violência. Ao longo de suas narrativas, observamos que houve um pré-natal frágil, lhe fornecendo pouco preparo em relação ao momento do parto e pouco domínio das condições suas gestações.

Como Teresa, Olga também relatou não ter feito pré-natal, já que descobriu sua primeira gravidez aos sete meses. Ela disse apenas ter feito uso de ultrassonografia ao “finalzinho” e foi a partir do exame que foi encaminhada para o hospital para ter sua bebê. Em sua segunda gravidez, contou ter feito “tudo direitinho”, dando valor ao pré-natal como o “caminho certo”, noção compartilhada com toda a **Geração 2**. Assim, ela narrou que pôde pagar o acompanhamento, sinalizando como o caminho adequado para uma gravidez: “Na época a gente pagava uma “michiazinha”, hoje lá é pago também. Paguei e eles falaram que era para o SUS e já contava que tinha direito a uma ultrassonografia por mês, era assim. E foi tudo direitinho...” (Olga).

A condição de investir para ter um acompanhamento adequado esteve presente para as outras mulheres da mesma geração. Para as mulheres de classe média, a cobertura do plano de saúde para o pré-natal passou a ter lugar fundamental. Nas palavras de Márcia, são entendidas como “indiscutíveis” certas intervenções médicas, sendo válido ser pago “por fora” certos exames, ou seja, um investimento além do que o que o plano de saúde arca. Inclusive na família, Moreira aponta a noção de “priorizar” este tipo de gasto visto como um dever da gestante:

Eu sempre falo que para um acompanhamento de uma gestante nunca é nada demais. É necessário e tem que fazer. Como que fosse, assim, indiscutível, sabe? Você não tem que discutir, você tem que fazer. Então você tem que buscar mesmo as condições para se fazer esse acompanhamento. Então, a gente sempre priorizou essa parte de saúde, de acompanhamento mesmo. Tão quanto importante a alimentação de uma gestante (Márcia).

Marcia narrou as suas três gestações e partos com ênfase em seus acompanhamentos pelo plano de saúde: “... fiz meu tratamento pré-parto todo com um médico que ia mensalmente nas consultas, eu tinha plano de saúde que possibilita esse atendimento. E, graças a Deus...”. Todos esses fatores que cita, a forma como são narrados e mesmo o agradecimento a Deus salientam a atenção dada ao pré-natal e um entendimento de construção de um melhor caminho possível de uma maneira planejada.

Muito desse planejamento e controle se traduzia nos exames, intervenções e acompanhamento do médico - visto como a figura central do cuidado nas narrativas. O médico passou a ser um personagem importante desde antes do parto, participando de uma constante avaliação da situação num entendimento voltado para um risco ou emergência, situação que não esteve presente na geração anterior.

Sobre esse tipo de acompanhamento, Cecília sinalizou ambiguidade de condições presentes nos planos de saúde. Para ela, apesar do acompanhamento privado ser uma saída de um cuidado público pouco planejado, precarizado e sem vínculo, também traz outras limitações, apresentando para o cuidado demarcações adequadas ao lucro da operadora ou mesmo do médico. Sobre o plano, ela fez um embate direto ao pensamento de sua mãe sobre a superioridade do atendimento particular e disse: “... o que mamãe desconhece é que o plano de saúde também faz o que ele quer. Ele delimita os cuidados, delimita as intervenções, delimita os exames.”. Como exemplo de “bom cuidado”, Cecília falou do médico que fez o acompanhamento de sua segunda gravidez:

Não era um médico que dizia assim: “Ah, o plano diz que só posso fazer três ultras” Ele falava “Paciente minha tem que fazer ultra todo mês” Então, assim, em termos de cuidados com a gestação de pré-natal, foi um pré-natal muito bem assistido. Eu fazia todos os exames, eu tomava todas as medicações, ele me cercava de todas as formas. Quando chegou no sétimo mês eu estava bebendo muita pouca água e então meu líquido amniótico reduziu muito, então ele achou melhor tomar aquela vacina para amadurecer o pulmãozinho, né. (Cecília).

Foi um posicionamento desse médico em relação às delimitações do plano de saúde que a fez sentir mais amparada, não ficando “na mão” do plano – não seria ele a delimitar os seus cuidados e sim o médico. Dessa forma, Cecília reforçou o entendimento de um acompanhamento adequado como aquele marcado por diversos exames e mesmo intervenções, como visto pela maioria das mulheres de sua geração. A importância dessas intervenções nessa geração foi evidenciada desde o discurso da geração anterior que fez uma comparação ao acesso às tecnologias, como a ultrassonografia, as entendendo como cuidado. Podemos também observar nesse fato, como vemos na literatura, a intensificação da medicalização da gravidez e

o lugar cada vez mais centralizador da figura do médico como aquele que interpreta os parâmetros de uma boa gravidez com suas taxas, centímetros e demais parâmetros (CHAZAN, 2008; WARMLING *et al.*, 2018).

Cecilia disse ter feito inúmeras concessões em seus acompanhamentos, relatando o medo de ficar sem assistência. Isso porque sinalizou que “escolher demais” pode acabar significando ficar sem médico, sem assistência, de certa forma reconhecendo que é preciso se submeter a certas situações para garantir algum cuidado. A medicalização do parto ao consolidar o reconhecimento da figura médica como condutor de todo o processo acaba criando uma subalternidade da gestante, uma vez que cada vez mais está introjetado nelas a noção de perigo da gestação/parto e da importância das intervenções. Neste cenário, não ter um médico por perto pode ser uma sentença de morte e, como vemos, há contato com histórias daquelas que ficaram “descobertas” – como para Cecília foi o caso de sua própria mãe. Algumas pesquisas que buscam os relatos das usuárias trazem o abandono da equipe como um medo em suas assistências. Normalmente, tal prática está associada a uma espécie de punição por “mau comportamento”, não cumprindo o que é esperado da equipe de saúde (LIMA *et al.* 2021; SÁ *et al.* 2017; HOTIMSKY *et al.*, 2002; DIAS, DESLANDES, 2006).

Apesar de termos a figura desse médico como central para o cuidado, passamos a ver também um panorama menos solitário das mulheres do que aquele que temos na geração anterior. A **Geração 2** trouxe, no geral, mais pessoas em cena ao longo da gestação. Algumas, principalmente as de classe média, falaram do apoio do parceiro, outras de outras mulheres de seus círculos pessoais. Mesmo em situações extremas, como Teresa, foi mencionado pessoas ao longo do caminho que ajudaram na medida do possível.

Tanto quanto as experiências de suas próprias gravidezes e partos, as trocas com essas outras pessoas deixaram marcas em suas narrativas. Márcia tematizou um amadurecimento que não era só “dela”, mas sim de leituras, pesquisas e estudos próprios sobre o assunto, de sua própria formação como pedagoga e da rede de amigas (da igreja, faculdade e curso) que, mesmo sendo mulheres diferentes, houve uma troca que a fez refletir. Ainda disse que segue aprendendo mesmo após suas experiências, dando como exemplo como pôde revisar conceitos a partir experiência de parto da filha Mariana.

Cecília sinalizou uma mudança de pensamento entre as gravidezes a partir de acesso a informações. Segundo ela, foi de “o médico sabe o que é bom para mim” para o reconhecimento de que “eu posso pleitear”. Ela contou que a partir desse amadurecimento se deram novas escolhas, como a presença de seu marido no parto e mesmo a realização de uma laqueadura – apesar de ser uma escolha que ela apontou ressalvas na entrevista. O contato com a informação

é apontado por alguns autores como parte importante das estratégias de prevenção e enfrentamento do fenômeno de violência obstétrica (JARDIM; MODENA, 2018). Neste sentido, esta troca entre diferentes mulheres parece justamente um importante momento da construção de um entendimento comum de violações e violências na assistência a gestação e parto.

O que sublinhamos desta geração como ela nos mostra é a valorização do planejamento, novos focos, entendimentos e personagens, que advém de um conhecimento acumulado que culminou no início de um planejamento da gravidez, bem como do parto, que começa a ser um evento. Planejamento esse que, ao contrário de suas mães, vai além de apenas ter o papel de encerrar as gravidezes com a laqueadura, mas sim, em muitos casos, marcadas pelo que ouviram destas mulheres: evitar o sofrimento.

5.2.3. “Botou para dentro agora tem que colocar para fora”: valores sobre parto mediados por gerações anteriores e suas “escolhas” reprodutivas

Para as mulheres da **Geração 2**, o valor dado ao parto e à atenção ao pré-natal parece ser anterior a seus próprios partos, começando a partir do que compartilharam do conhecimento e experiência de suas próprias mães. Cecília, que é filha de Cora, iniciou sua própria narrativa trazendo o relato de sua mãe como parte de sua narrativa. Assim, evidencia que iniciou a jornada de sua gestação e parto pautada em informações negativas passadas por sua mãe:

Eu venho com uma carga de informações negativas a respeito do parto em si, por conta de tudo o que você ouviu [referência a entrevista de sua mãe que se deu imediatamente antes da sua]. Eu cresci com a minha mãe dizendo, meio que desaconselhando a gente a ter qualquer investida em parto natural. Há vinte e quatro anos atrás, o parto cesárea... o parto natural, ele era muito pouco incentivado, né [...] E eu já vim com essa carga de informação, que é horrível, que foi um sofrimento, que é um risco, que é um perigo. O parto natural, para mim, sempre foi muito demonizado, né, por conta dessa experiência da minha mãe. Por um outro lado, ela também falava muito mal da cesariana. Porque ela teve essa experiência do fórceps, mas também teve a experiência da minha cesariana, que para ela foi muito dolorida. Então, ela tem assim... Na verdade, para ela, era meio que assim: não tem para onde correr. Botou para dentro agora tem que colocar para fora, era o que ela falava. (Cecília)

Desde o início de sua narrativa, ficou claro que muitas das tomadas de decisão frente a sua gestação tinham como base a experiência de sua mãe. Para ela, que teve dois filhos por cesárea cobertas pela assistência do plano de saúde, em linhas gerais, foi seguido o caminho tido como mais seguro. Desde a primeira gestação, vimos Cecília relatar que trocou de médico que a acompanhava inicialmente pelo medo de não ser assistida quando preciso, bem como foi presente na narrativa de sua mãe que, após longo período em seu primeiro trabalho de parto, foi

assistida por um pediatra ao invés de um obstetra. Além disso, sobre as condições financeiras que propiciaram a cobertura da assistência de Cecília, podemos também atribuir possível influência no entendimento da diferença entre o serviço público e o privado a partir do que a própria Cora, sua mãe, identificou: o “poder aquisitivo” muda o cuidado recebido.

Para além da recomendação feita pela mãe, ela observou que os profissionais que a acompanharam tentavam a convencer a realizar uma cesariana. Ela disse que hoje, com acesso a mais informações sobre o assunto, sabe que “falta de vontade de nascer” não é uma justificativa cabível e que, antes de uma intervenção cirúrgica, é possível uma série de terapias de suporte que ainda poder viabilizar um parto vaginal.

Este acesso a informações que ela se refere se relaciona à circulação, no fim da década de 1990, da discussão do tema da violência institucional no parto impulsionada pelo e no movimento de mulheres pertencentes à classe média usuárias dos sistemas de saúde, por meio de listas eletrônicas (DINIZ, 2005). Diniz (2005) aponta que, dessas discussões, se origina um entendimento de “humanização” das práticas do parto. Este termo, como já vimos, abarca uma diversidade de usos e sentidos, seja em movimentos de forte intervenção medicalizada ou em grupos de mulheres sobre os “partos humanizados”, como discutido por Carneiro (2011).

Em termos de políticas públicas, será apenas na Política de Humanização do Pré-natal e Parto (PHPN), de 2000, que surge a temática em específico do cuidado no ciclo gravídico-puerperal, redefinindo os aspectos da atenção ao parto (MAIA, 2010), sob a égide de uma demanda, a humanização do parto que figura em algumas gestações temporãs dessa gestação. Contudo, Diniz *et al.* (2015) e Maia (2010) apontam o PAISM, lançado em 1983 pelo Ministério da Saúde, quando se inicia a inserção desse novo paradigma na assistência à saúde da mulher. O programa, se fundamentando na integralidade da assistência à mulher, chega até a fazer certo reconhecimento de um tratamento impessoal e muitas vezes agressivo da atenção à saúde das mulheres. Ainda assim, o tema foi relativamente negligenciado, tanto pela resistência dos profissionais, como também por outras questões urgentes na agenda dos movimentos e mesmo do problema da falta de acesso das mulheres pobres a serviços essenciais (DINIZ *et al.*, 2015). Vale chamar atenção também para o contexto da assistência à saúde brasileira como um todo, alicerçada em objetivos curativos, centrados na estrutura hospitalar e fragmentado em uma série de dicotomias, que legitima a prática institucionalizada de um modelo tecnocrático do nascimento (MAIA, 2010) voltado para a realização mecanizadas de cesáreas, realidade que vemos na **Geração 2**.

Ao falar das “recomendações” para cesárea Cecília também tematiza a centralidade do médico. Isso porque, para além das argumentações “técnicas” o médico de sua segunda

gravidez coloca as limitações (ou desejos) dele antes das da gestante ao falar, segundo ela, que ele seria “velho demais” para fazer um parto “normal” e só assistiria um parto via vaginal caso acontecesse, já deixando marcado de antemão a data da cirurgia. Com isso, ele se coloca como protagonista da situação, não estando disponível para ela, mas sim o contrário. Rocha e Ferreira (2020), em pesquisa sobre os determinantes que envolvem a escolha da via de parto no Brasil, sinalizam uma das dimensões sendo a relação assimétrica entre os profissionais de saúde e a paciente. Elas se referem principalmente à “supervalorização do saber técnico dotado pela equipe, que presume o não saber da mulher, desconsiderando sua capacidade de participar do próprio processo fisiológico” (p.561). Entretanto, apesar de apontarem para disposições e explicações dadas no trabalho de parto que justificam “tecnicamente” a cesárea, pelo relato de Cecília vemos a construção por sentidos sociais dessa hierarquia, que também define os rumos da assistência desde o pré-natal.

Reconhecendo o impacto do entendimento das gerações anteriores na narrativa das mulheres da **Geração 2**, percebemos uma série de negociações que elas fizeram no planejamento de seus partos, tendo em vista essas bagagens que dialogam com a troca com outras mulheres e situações. Márcia, por exemplo, relata um planejamento de parto que não foi visto em nenhum outro relato. Era importante para ela ouvir os sinais de seu corpo – compartilhou achar muito estranho ouvir relatos de conhecidas que simplesmente marcavam o dia para terem seus filhos. Ainda assim, contou que não se preparou para um parto normal e mencionou influência das “histórias traumáticas” da mãe. Disse que, por ser uma pessoa que “não gosta de sentir dor de forma alguma”, avaliou que o melhor seria ter uma cesárea. Contudo, essa cesárea seguiu, segundo ela, uma delimitação “natural”: ela esperava o início do trabalho de parto. Dessa forma, ela esperava entrar em trabalho de parto e sinalizava seu médico para que fizessem de imediato uma consulta para avaliar e encaminhá-la para o centro cirúrgico. Por contar com o mesmo médico e equipe em todas as gestações, o planejamento do parto foi semelhante nas três vezes.

Além da relação médico-paciente enquanto fator fundamental para a determinação da via de parto, como explorado no caso de Cecília, Rocha e Ferreira (2020) sinalizam as narrativas femininas marcadas por aspectos socioculturais e, como já vimos, a falta de informação adequada. Estes seriam responsáveis por uma noção de “incapacidade” de algumas mulheres para a parturição vaginal, normalizando a cesariana como forma de nascer.

Sobre o planejamento de parto de Olga, dada a descoberta em cima da hora, ela não conversou sobre como seria o processo. No pouco tempo que teve de assistência, contou que, foi acordado que seria feita uma cesárea pelo “perigo” dos estresses de um parto em um corpo

de 15 anos de idade. Ao narrar essa escolha, ela não parecia estar envolvida diretamente no planejamento dos procedimentos.

Em sua segunda gravidez, Olga relatou ter planejado uma cesariana, dessa vez por problemas de dilatação. Ao longo das consultas e evolução da gestação, ela apresentou dores e desconforto e foi decidido um parto cesáreo, por um suposto quadro sem evolução que inviabilizava o parto “normal”. Ainda assim, podemos apontar que em sua narrativa não fica evidente a participação de Olga nesse planejamento de parto. Isso porque a cesárea é apresentada como um procedimento escolhido pelo médico e que ela estava apenas anunciando essa decisão do profissional responsável pelo seu caso.

Teresa, assim como Olga, não contou de planejamento e/ou conversas com nenhum de seus médicos que apontassem para o que aconteceria no parto – nem mesmo foi sinalizada o assunto em seu quinto e último parto, acompanhado mais de perto. Ela me pareceu, na própria forma de narrar, à deriva, como se o fato não fosse algo que dissesse respeito a si mesma e sim algo a cargo do médico e distante dela. A narrativa de Tereza no sentido de escolhas em sua vida reprodutiva, em termos de algum planejamento, como já mencionado, se aproximou da geração anterior: a decisão pela laqueadura.

Outras mulheres da **Geração 2** também optaram por realizar esse procedimento e têm esta escolha incluída no planejamento de seus últimos partos como suas mães, mas com a ordem invertida em relação à geração anterior: se antes as mães engravidavam para realizar cesáreas e assim fazer a laqueadura, suas filhas aproveitaram suas cesarianas para realizar o procedimento. Isso porque, como já mencionado nas décadas de 1990 e 2000, vemos a continuação de um cenário de banalização da cesárea como modo de nascer, vista como “padrão ouro” (MAIA, 2010). Este fenômeno se deu mundialmente e como os esforços de estudos sobre o impacto dessas práticas, vemos a OMS lançar propostas, dialógicas com a humanização do parto, que apresentam a cesárea como procedimento para situações de risco no parto, trazendo seus contextos e uma porcentagem de 15% que seria adequada de ocorrência – porcentagem não atingida mundialmente, e, muito menos no Brasil. Vimos na literatura que as incidências são extremamente desiguais frente ao *status* socioeconômico das mulheres, observamos nas entrevistas que em grande maioria as cesáreas ocorreram na rede privada. Contudo, o que vemos com a geração anterior e atual foi uma “unanimidade” às custas de um grande esforço guiado pelo medo e as experiências acumuladas que as fizeram buscar a cesárea apesar de suas condições.

Maia (2010) discute sobre a “cultura da cesárea”, sendo as altas taxas vistas por alguns profissionais como reflexo do desejo das mulheres. Argumenta que tal defesa não se confirma

empiricamente, tendo em vista diversos estudos que demonstram a preferência das mulheres brasileiras pelo parto normal, sejam elas usuárias dos serviços públicos ou do serviço privado. A autora chega a pontuar que haveria uma “apreensão seletiva” dos médicos por uma “demanda da mulher” apenas quando essa é voltada para um pedido pela cesárea, sendo que a demanda pelo parto normal é solenemente ignorada pelo profissional, ou mesmo como vemos nas narrativas, de alguma forma dificultada ou contra-argumentada.

Observamos que a maioria das mulheres da **Geração 2** realizaram o procedimento – com exceção de Olga. Cecília e Márcia falaram de negociações com seus parceiros, trazendo um deslocamento em relação ao entendimento do planejamento reprodutivo recaindo apenas nas mulheres, como podemos ver com mais clareza na geração anterior.

Cecília comenta sobre a escolha que foi planejada ao longo de sua segunda gravidez, e se identificando com valores feministas ela ponderou e concluiu que foi guiada pela falta de informação. Para ela um procedimento voluntário de esterilização definitiva era a maneira mais consciente de cuidar de si frente a outra gravidez. Ela disse que só agora reconhece como o entendimento é cerceador, com o atravessamento de sua filha, que traz do seu convívio escolar reflexões acerca de questões de gênero que a fez refletir mais sobre suas experiências por essa ótica.

Alves (2017), que faz um estudo geracional sobre a prática da esterilização para fins contraceptivos, evidencia que a geração anterior, dos anos 1970, tem lugar fundamental nas mudanças em relação ao comportamento sexual e reprodutivo. Nesse sentido, a **Geração 2**, que segue vê mudanças no entendimento dessa e outras medidas contraceptivas já que, pela forte mobilização do movimento feminista brasileiro e do mundo, a saúde reprodutiva passa a ser vista como direito fundamental. Ao mesmo tempo, vemos a convivências dos mais diferentes aspectos frente à escolha de esterilização. Sobre o estudo do tema, Alves (2017) delimita:

No Brasil a literatura pertinente tem-se em geral concentrado em três aspectos: a relativização da ideia de autonomia feminina no campo reprodutivo, a relação hierárquica e moralizante entre médicos e pacientes, e a identificação, no país, de uma “cultura da esterilização feminina” que aponta para excessiva medicalização da vida reprodutiva e, em particular, do corpo feminino. Essa medicalização em excesso, no entanto, nos faz conviver com índices elevados de mortalidade materna, o que desqualifica a medicalização e aponta para graves problemas de saúde das mulheres no Brasil. (p.189)

O que vemos em relatos da **Geração 2** é sobretudo o projeto de ser uma “mãe responsável” em consonância às questões financeiras, de sexualidade e sobretudo um papel assumido por elas dentro de um projeto conjugal-familiar –agora em maior diálogo com seus parceiros. Junta-se a esse fato as ações de procurar um médico, de negociar pagamento e

condições da cirurgia compreendidas pelas mulheres como autonomia de seus corpos, bem como o seguimento de um roteiro, uma “cultura” estabelecida pelas gerações anteriores.

A autora fala que a temática de arrependimento da realização da laqueadura não aparece muito na literatura e quando aparece é relacionada à idade jovem. Contudo, Cecília, que demonstrou esse sentimento em relação ao seu procedimento, não apresenta esse perfil. Podemos levar em conta o nível de escolaridade de Cecília e as condições as quais ela trouxe seu relato. Ela contou que repensou recentemente o procedimento como negativo, dada a influência dos estudos da filha e dela própria e relacionou a um entendimento de uma questão de gênero, ótica pela qual é possível ver as motivações ao procedimento como profunda situação de medicalização do corpo – visto como errado e em risco por seguir procriando – para garantir o prazer do parceiro.

Apesar dos diversos cenários, as mulheres dessa geração – umas desde início e outras com o passar das gravidezes – pertencem a um panorama de mais gestações que passaram a ser planejadas, bem como os partos aos quais os acompanhamentos médicos passaram a ser voltados. A maioria dos partos, dentro de uma “cultura de cesárea”, passa a ter hora marcada, com 12 nascimentos narrados nesta geração, oito partos sendo cesáreas.

5.2.4. “Chegou o dia do parto”: a hora marcada e o reconhecimento da soberania médica

Pela maioria de relatos serem cesáreas, vemos, no geral, a mesma forma de contar sobre a chegada aos hospitais. De maneira bem direta e precisa, observamos relatos como o de Cecília, que em ambas as gestações teve partos com data marcada, usando a breve frase “Chegou o dia do parto” para separar o momento anterior das consultas do que ela narraria sobre o parto dali para frente. Sinalizou que bastou que ela chegasse ao hospital, conforme combinado entre ela, o médico e sua equipe e tudo ocorreu conforme seu planejamento do parto.

Márcia, por sua vez, teve a sua chegada ao hospital atrelada ao planejamento feito com seu obstetra em que dois de seus três partos foram cesáreas que aconteceram após o início do trabalho de parto. Estes foram o primeiro e o terceiro parto. Em seu terceiro parto contou um imprevisto em que ela foi a última a saber. Ela relatou que no encaminhamento feito pelo médico ao hospital, sentiu certa pressa e alvoroço. Ela disse que seguiu percebendo esse clima quando estava na mesa de cirurgia e foi na conversa entre a equipe durante o parto que ela descobriu que estava com um descolamento de placenta que não havia sido avisado a ela. Márcia contou que chegou a sinalizar desconforto com a situação já na consulta pós-parto para

o médico, que justificou a falta de clareza como uma tentativa de não a deixar tensa e nervosa, mas disse que havia contado para seu esposo e acompanhante e que ambos acharam melhor não a contar sobre a situação

Nesta relação, parece haver opacidade em relação ao papel da mulher em seu próprio parto, que dialoga com o entendimento de que o médico seria o detentor de um saber sobre ela que ela não tem acesso ou não precisa ter. Assim, se constata profunda medicalização do momento, que acaba por colocar a mulher enquanto espectadora do ato médico, que passa a ser o parto (VIEIRA, 2002). Além disso, vemos a discussão acerca da violência obstétrica argumentar como a falta de informação impede a tomada de decisões no parto, o que nos evidencia que a situação não foi compartilhada porque a escolha não foi dela, mas da equipe médica e de seu esposo. Por mais que esse cerceamento de informações se caracterize como uma situação de violação, ele chega a ser aceito, mesmo que com inicial revolta, como uma escolha advinda de um cuidado.

Olga conta outros imprevistos em suas chegadas à assistência hospitalar. Em sua primeira gravidez, a ida ao hospital aconteceu através de um exame de rotina, uma ultrassonografia pedida pelo médico. Neste exame, o profissional responsável emitiu um laudo e pediu para que ela entregue a clínica em que estava o médico no mesmo momento. Ela foi direto entregar e com isso, foi internada na hora. Ela relatou surpresa porque o profissional que fez o exame não sinalizou que ela poderia ser internada imediatamente, sendo ela, assim como Márcia em seu terceiro parto, a última a saber da dimensão do que estava acontecendo com ela.

Já em sua segunda gravidez, que seria uma cesárea, ela acabou entrando em trabalho de parto uma semana antes, logo no carnaval. Com isso, ela não teve apenas o imprevisto de uma data diferente da marcada, mas também se deparou com seu médico e equipe viajando. Ela então entrou em contato com seu médico que indicou outro que pudesse recebê-la, de forma que ela não tinha muito o que fazer senão aceitar o contato com essa nova equipe

Nesse segundo momento, Olga trouxe também o lugar de passividade sendo uma jovem grávida. Frases como “Ele vai ver o que fazer com você”, “Você vai ficar sentadinha aí” foram as ouvidas por ela ao chegar no hospital. Inclusive, ela narrou que brincou com esse lugar no momento de sua chegada muito semelhante à sua primeira gestação: “E eles falaram: ‘Vai lá se despede do pessoal, do seu esposo’ e eu falei assim para o moço: ‘Aí, que horror. Parece que eu vou morrer ou vou ter um filho?’”. Essa passividade apontada na rispidez nas palavras e até no tempo de espera pode ser analisada pela ótica de uma das dimensões de análise da violência

obstétrica e/ou institucional⁵ de Sens e Stamm (2019). As autoras apresentam dimensões individual, institucional e da relação humana, sendo essa última estruturante no relato da experiência de Olga desde que chega na assistência: as atitudes perante a elas a isola e condiciona dentro do espaço da maternidade a uma relação de submissão, sendo a obediência uma qualidade esperada.

Podemos observar que não foi fácil para todas chegar ao hospital e conseguir assistência. Podemos atribuir às melhores condições econômicas a uma rapidez e agilidade na realização dos procedimentos cirúrgicos. Já com Olga e Teresa, pertencentes a classes mais populares, vemos histórias de maiores dificuldades nessas chegadas mesmo em situações que vão a serviços que elas pagam pela assistência.

Olga, em seu segundo parto, contou que não foi prontamente atendida. Ela se deparou com uma enfermaria lotada, mulheres gritando e muito movimento, fato que estranhou e ficou com medo por não ter lembranças da experiência anterior. No contato com enfermeiros, um deles presumiu, por ser sua segunda gestação, que ela já reconhecia o cenário, ao passo que ela respondeu negativamente e reagiu com diversas perguntas sobre o que deveria fazer e esperar. Pela sua posição questionadora, mesmo sendo respondida algumas vezes, ela foi chamada de “apressada” no sentido de ter um comportamento destoante, entendido como pressa para ser atendida. Aguiar *et al.* (2013), em pesquisa com profissionais de saúde de maternidades públicas, discutem o que chamam de “violência institucional” e encontram uma situação semelhante à narrada. Para os profissionais entrevistados, pacientes que não se submetem à obediência esperada (chamadas de “poliqueixosas”, escandalosas...) ou não aceitam a dor do parto como “um preço a ser pago” são tratadas com conduta “mais ríspida”, buscando a “colaboração”, ou mesmo adequação.

Teresa, em seus cinco partos, contou as mais diversas chegadas à assistência e em muitas trouxe situação de espera semelhante ou mesmo dificuldade para acessar a assistência. Em sua primeira gestação, ela contou que nem sequer lembrava de como chegou ao hospital. A última lembrança era de estar levando seus sobrinhos para casa no meio de um temporal, mas acordou

⁵ Essas diferentes formas de se abordar a experiência de violência na assistência à gestação, parto e puerpério é notável e tema de estudo por autores se dedicam a pensar no fenômeno. Optamos aqui pelo uso dos termos como usados pelos autores quando mencionados, entendendo que o foco do atual trabalho é trazer para discussão as condições da experiência no ponto de vista das mulheres ao passar de suas gerações familiares. Nessa perspectiva as mulheres quase não usaram os termos apresentados nas pesquisas. Leite *et al.* (2022) argumentam como a diversidade de definições e terminologias produz uma falta de consenso que levam a uma falta precisão que pode incidir no diálogo de desenvolvimento de pesquisas. Por outro lado, observamos na leitura dos trabalhos utilizados perspectivas e ênfases das mais diversas de um construto amplo e em pleno desenvolvimento e como Oliveira (2019) aponta há diversos atravessamentos históricos e sociais nessas definições que não podem ser desconsiderados.

no hospital com o médico já lhe mostrando o seu bebê, o que a assustou por não ter memória alguma do parto.

Já em sua segunda gestação, ela chegou ao hospital emergencialmente, grávida de sete meses, após ter sido jogada da escada pelo seu companheiro, com quem tinha uma rotina de violências. Após essa agressão, ela precisou realizar o parto de sua segunda filha. Em sua terceira gravidez, Teresa disse que, sem nenhum apoio do mesmo companheiro, precisou correr sozinha para pegar um ônibus para uma maternidade pública. A primeira não a aceitou porque naquele momento não estava atendendo grávidas e ela foi orientada a ir para outra maternidade, onde ela teve seu filho de parto normal. De forma marcante, o ocorrido de sua chegada à assistência tomou mais lugar na narrativa do que todo resto de seu parto que apenas contou que não sentiu dor e logo voltou para casa.

Pela realização da “ligadura”, foi levada a ter um parto cesáreo para seu quarto filho, marcado em um local diferente de seu acompanhamento pré-natal, inclusive em outro município. Com nove meses de gravidez, ela foi para uma clínica privada para fazer uma cesárea e conjuntamente fazer o procedimento. Chegando lá se deparou com uma longa fila de mulheres, passou o dia sem comer e ao chegar a sua vez o médico não pôde fazer a operação. Com isso, ela precisou esperar até o dia seguinte para ser operada. Após dois dias internada, foi para casa se deslocando para o outro município que morava.

Teresa ainda conta de uma peregrinação para cuidados hospitalares ao pós-parto dessa cesárea, já que ela teve uma perigosa infecção após a realização do procedimento. Ela foi levada, por um irmão que a visitou, primeiro ao hospital onde a operaram. O lugar não a aceitou dizendo que não tinham mais responsabilidade sobre o caso. O segundo hospital também não a aceitou. Foi quando foram a um hospital universitário que ela foi atendida. Lá observaram e trataram de um abscesso que se formou em decorrência da cirurgia. Ela narra a situação com incredulidade:

“Quando cheguei no hospital ninguém quis mexer comigo. Aí, eu fui para outro hospital porque o hospital mesmo que eu operei, ele não podia mais mexer comigo porque era pago. Aí, como era pago, você pagava e eles não tinham mais responsabilidade nenhuma com você. E aí, meu irmão me levou ao médico, eles não quiseram mexer comigo e aí, me levou para outro hospital, e não mexeram comigo também. E aí, me levaram sabe aonde? No hospital do Estado, foi lá que me aceitaram. No hospital do Estado onde as pessoas estudam.”

Por conta das peregrinações sofridas, marcadas pela falta de cuidados, sua situação se agravou a ponto de ser admitida em um hospital universitário. Dado o agravamento, a discussão sobre a medicalização de seu corpo muda de sentido porque certas intervenções passam a ser fundamentais para cuidar de consequências perigosas de intervenções anteriores, seguidas de

abandono. A tomada de seu corpo pelo saber médico nessa situação passa a garantir, segundo ela, “...os cuidados que eu merecia”.

O que podemos observar é que, apesar da predominância de chegadas com horas marcadas pelas cesáreas – e mesmo por causa desse fato –, o acesso aos cuidados como esta questão é desigual. Sá *et al.* (2017) constataram a presença da peregrinação no discurso das mulheres que entrevistaram e puderam observar o quanto o fato repercute diretamente nos sentimentos em relação ao parto, podendo levar a desfechos negativos para o parto e nascimento. Também pode contribuir para a insegurança da mulher e do conceito. Independente dos elementos e cenários, é marcante o lugar de centralidade e comando do médico que é retratado e reconhecido como aquele que rege em grande medida a chegada dessas mulheres na assistência e o que inicia o seu protagonismo já no momento de parto que se segue.

5.2.5. Parto-evento, suas objetificações e eventuais questionamentos

A **Geração 2** detalhou mais sobre as pessoas envolvidas no momento do parto, em contraste com a geração anterior. Ainda assim, não foi um momento de grande destaque das narrativas. Elas trouxeram a continuação de um cenário que teve a figura do médico como protagonista da performance do procedimento, que na maioria das histórias se trata da cirurgia cesárea.

Elas narraram, principalmente mulheres de classe média, como um momento que foi o evento-ápice de todo um acompanhamento que já ocorria com a equipe ou o médico no pré-natal. Mesmo assim, isso não foi garantia de uma relação boa ou mesmo sem conflitos. Cecília, por exemplo, fez uma comparação entre a interação com as equipes de seus dois partos cesárea. Falou de um momento de maior interação com a equipe em seu segundo parto. Essa situação foi um contraste em relação ao primeiro no qual retratou um tratamento frio e tenso. Fez leituras de sua obstetra como “uma pessoa um pouco fria”, “comercial” e “graneira” ao longo de todo pré-natal até o parto.

Foi nesse parto que ela viveu grande incômodo com uma manobra que foi feita em sua barriga, que detalhou como um empurrão para forçar o neném com a mão e que foi tratado pela equipe como um procedimento normal. O que é marcante não é a manobra em si, mas o fato de que ela, enquanto paciente, não foi esclarecida, avisada do que estava sendo feito.

Márcia apesar de sinalizar grande familiaridade, segurança e confiança no momento dos partos, sempre com o mesmo médico e equipe, também vivenciou, como já foi mencionado, uma chegada apressada no seu terceiro parto, ao qual ela só vai entender o motivo na sala de

parto por meio da conversa paralela que acontece entre a equipe. Isso nos coloca a refletir sobre o lugar que ela passa a ter em seu próprio parto ao não ter ciência plena de sua evolução, eventuais problemas e as intervenções que seriam necessárias.

Apesar disso, ela evidencia que relaciona o entendimento de intervenções (muitas vezes indesejadas) aos procedimentos do parto “normal”. Por esse motivo, disse que se surpreendeu em seu único parto “normal”, que para ela foi um processo rápido e que certos procedimentos que seriam o padrão ou o “normal” não aconteceram: “Foi muito rápido, não teve aquela coisa de alguém subir em cima de você, de cortar você toda. Foi muito, assim, natural mesmo. Não precisei tomar nenhuma injeção de ocitocina, nada.” (Márcia). Com isso, ela deu a entender que pôde escapar das intervenções que sua mãe relacionou como momentos negativos do parto. Também reforçou o entendimento, como Cecília, que seu planejamento de parto por cesariana se dá justamente com o intuito de escapar destas intervenções.

Com isso, parte da **Geração 2** nos trouxe, na narrativa do parto, uma vigilância cercada de muito medo da dor e sofrimento que ouviram das histórias de suas mães. Dessa forma, no geral, também não discorreram muito sobre as dores, seja as do trabalho de parto (quando chegam a entrar) ou as de recuperação de cesárea, talvez por entender que na situação da via vaginal seria muito pior.

Teresa, que teve a maioria de seus partos vaginais, trouxe outra concepção. No geral, falou brevemente deles, que foram rápidos e sem dor. Contudo, mostrou de sobra outras “dores” decorrentes de suas condições de vida (pela fome e violências sofridas) e mal estares da gravidez, também trazendo complicações de recuperações e na maneira de chegar a um cuidado adequado. Na situação específica da infecção que teve após sua cesárea, caso que já foi mencionado, Teresa chegou a relatar fortes dores. Contudo, ela avaliou que o ocorrido não se deu pelo parto em si, mas pelas complicações decorridas de uma assistência não adequada em sua cesárea: “...se eu te disser assim: ‘Aí, eu tive muita dor para ter minha filha’ Não! Foi só um problema porque eu não tinha os cuidados que eu merecia.”. Como vimos, a peregrinação que vivenciou agravou a sua situação, nos apontando que esses “cuidados merecidos” se referem à inexistência de uma violência de caráter institucional, que se configura na ausência de apoio institucional às necessidades dessa mulher e a inobservância de seus direitos enquanto usuária, cidadã, mulher e ser humano (SÁ *et al.*, 2017).

O que marca essa geração, como vemos, são algumas reflexões e questionamentos mais diretos acerca dessa assistência oferecida. Sobretudo as mulheres de melhores condições financeiras, com os partos e gravidezes planejadas, trouxeram esse posicionamento. Cecília, em especial, avaliou os partos com os parâmetros atuais discutindo a localização temporal de suas

experiências. Ao comparar seus dois partos, viu o primeiro como um tratamento pouco “humanizado”, disse isso acenando conhecer lutas para ela “atuais” por melhores cuidados. Sinalizou ver a situação como uma questão de incentivo e acabou reconhecendo e lamentando que em nenhuma das duas experiências pôde escolher livremente sobre seus desejos para o momento, ficando à mercê da opinião médica. Desde o início de sua narrativa, reconheceu não haver incentivo ao parto “natural” em sua época, o que diz ter definido suas escolhas.

Ao trazer o entendimento de “humanizado”, ela caracteriza certo entendimento de técnicas não baseadas em evidências e técnicas com uso abusivo que se tornam sinônimo de má assistência para a usuária. Contudo, devemos colocar em perspectiva a falta de unidade do termo em uso ou sentido quando observamos os “partos humanizados” sendo explorados por estudos que abarcam as diversas significações em grupos de mulheres de classe média, como Carneiro (2011), enquanto podemos observar outros estudos buscando observar a implementação de políticas de humanização do parto em maternidades ou hospitais públicos, onde o mesmo termo é desconhecido (DIAS; DESLANDES, 2006). Vemos ao mesmo tempo outras mulheres da mesma geração trazendo sentidos diferentes para o mesmo termo ou mesmo não trazendo a discussão para suas reflexões.

Contudo, a mesma geração, nada homogênea, apresentou também relatos de mulheres que não tinham as lembranças da assistência que receberam. O que não significa que não trouxeram ainda assim indícios de como foi sua relação com um cuidado, marcado pela objetificação. Olga contou que não poderia narrar o parto de sua primeira filha por ter recebido anestesia geral e só ter memória do dia seguinte. Ela fala que isso se deu porque a cirurgia não contou apenas com a retirada do bebê, mas também uma “exploração” dos impactos da gravidez em seu corpo ao que ela justifica que ocorreu, devido à sua idade ser um caso raro na clínica que a atendeu.

Então, do parto da minha filha eu não tenho muito o que contar porque eles me deram anestesia geral. Praticamente eles me estudaram porque, naquela época, não é que era difícil ter uma gravidez na adolescência, mas era raro nas clínicas onde eu fui com ela. Então, basicamente, eles me estudaram, viram meus órgãos, me abriram toda, foi anestesia geral. E o médico falou que abriu para ver se tinha modificado algum órgão, alguma coisa, mas estava tudo tranquilo. (Olga)

Essa vivência, contada com poucos detalhes ou ênfase, traz uma situação de extrema de objetificação do corpo para fins não muito claros e principalmente não contando com nenhum consentimento, já que pela sua narrativa ela só soube da situação após o procedimento. Tal narrativa nos remete à categorização baseada em atributos classificadores das parturientes que Diniz *et al.* (2015) identificam, em que se viabiliza a escolhas de determinados perfis de

mulheres para treinamento de procedimentos. Este ordenamento hierárquico do valor social se dá de modo que “quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais rude e humilhante tende a ser o tratamento oferecido a ela” (Idem, p. 4) ou, no caso dessa, mais aos extremos da objetificação os “cuidados” são levados. Não escapa a semelhança dessa “exploração” aos estudos da classe médica com corpos subjugados que foram os primeiros a povoar as maternidades, mulheres que não tinham condições de parir em domicílio (VIEIRA, 2002). Dessa forma, temos fortemente o atravessamento da raça e classe, bem como, segundo o narrado, de faixa etária.

Essa noção pode ser atualizada e redimensionada em estudos mais recentes como o de Ribeiro *et al.* (2020). As autoras, ao estudarem a percepção das múltiparas acerca das suas experiências com a violência obstétrica, observam a existência de uma “hierarquia sexual”, em que quanto maior a vulnerabilidade em que se encontra a mulher, mais rude e humilhante tende a ser o tratamento oferecido a ela. Este entendimento também se estende à falta de informação, impossibilitando tomadas de decisões conscientes, as tornando mais submissas às intervenções da equipe.

Teresa, como já vimos, também sinalizou a inexistência de um relato de primeiro parto por simplesmente ter “apagado” ao chegar em casa. Ela, sem conseguir detalhar, contou que acordou no hospital já com o filho sendo colocado em seus braços e com o médico fazendo uma rápida explicação que ela havia chegado desmaiada e já parindo. Ela contou que passou a noite no hospital, mas que logo de dia foi liberada para ir para casa, dando a entender que não tinha recebido mais atenção após realizado o parto: “Aí, o que aconteceu? Fiquei no hospital de noite e de dia o vi embora toda suja com a criança no colo, mas sem aceitar isso”.

Tal situação mostra outra face da mesma objetificação, que conta como uma fragmentação do cuidado ao momento do parto enquanto um evento isolado e, com isso, não sendo capaz de observar a mulher de forma integral e quais os impactos que tal experiência tem para ela. No caso, fica marcante a falta da menção a orientações ou mesmo de um entendimento geral do motivo pelo qual ela chega desmaiada ao hospital, mais uma vez vemos essa hierarquização – dessa vez em uma mulher jovem, pobre, solteira e sem escolaridade – que se remete também à negligência.

5.2.6. O acompanhante surge, o bebê some

No contexto dos partos narrados, o acompanhante surge das mais diversas formas. É importante observar que há, a partir da **Geração 2**, a menção desse importante personagem. Vemos apenas os partos de uma das entrevistadas – a Marcia na atenção da rede privada –

ocorrer com acompanhamento temporalmente antes da lei no 11.108, de 7 de abril de 2005, conhecida como “lei do acompanhante”, criada em consonância uma outra visão do parto como evento natural no intuito de garantir direitos à essa mulher, entendendo os benefícios que simples medidas de acolhimento podem trazer para a assistência (BRASIL, 2005).

Dodou *et al.* (2014), em estudo buscando as contribuições do acompanhante para a humanização do parto e nascimento pela perspectiva das puérperas, sinalizam o relato de minimização do sentimento de solidão e da dor nestes momentos. Este personagem, em sua presença e atitude, pode proporcionar calma, conforto e confiança e contribuir nos processos da parturição e recuperação. As autoras sinalizam que o respeito da escolha da mulher sobre seu acompanhante é uma prática que precisaria ser estimulada, dada suas bases em evidências científicas.

O recorte temporal da lei nos apresenta a presença de disputas em relação à uma mudança de paradigma do parto – de um modelo tecnocrata para um humanizado. Ao mesmo tempo, tal medida nos estudos é vista como uma das poucas que são reconhecidas pelas usuárias como impacto de um movimento de humanização que muitas desconhecem como um todo, ainda que a medida esteja longe das taxas esperadas (DIAS; DESLANDES, 2006).

Contudo, o que vimos enquanto panorama geral foi um entendimento principalmente da figura do companheiro como aquele que poderia estar presente no momento de parto. Em contraste, podemos observar a geração anterior que não viu enquanto uma questão e por muitas vezes nem questionava a ausência de seus maridos – ou mesmo qualquer outra pessoa – em seus partos.

Márcia, com seu parto acontecendo em instituição particular, contando com a presença no parto do profissional que realizou seu pré-natal, com quem identificou que tinha boa relação e fez todos os seus partos, trouxe, aliado a esses elementos, a importância da presença de seu esposo. Ela a qualificou como não sendo só um apoio físico, mas também um apoio emocional.

Cecília relatou que, apesar de no primeiro parto – ocorrido em 1998 – o seu marido tê-la levado no hospital, ela não teve acompanhante de sua escolha, causando tensão com seu desejo de registrar o parto, com fotos e vídeos. Disse que sentiu desde o pré-natal uma resistência da médica: seu plano inicial contava com seu cunhado para a gravação do parto, ao passo que a médica dizia que não seria certo que um homem que não seu esposo a visse nua. Com a profissional não respeitando seu desejo, ele só foi realizado por uma parente que, por ser médica e parte da equipe do hospital, conseguiu entrar na sala e fazer os registros. Ainda assim, ela deu a entender que a médica se mostrou contrariada com a presença desta outra personagem.

Já na segunda experiência, 10 anos depois – em 2008 –, contou que seu esposo esteve presente no centro cirúrgico. Além disso, foi uma das poucas que falou das visitas, contando que tinham várias pessoas que aguardaram do lado de fora. Com isso comparou o parto em si como uma festa, um verdadeiro evento, pontuando que havia desde familiares até amigos presentes. Essa realidade traz um aspecto comum desta geração: uma intensa construção social do feto como Pessoa antes do nascimento, o que acontece pelas buscas de pertencimentos familiares e semelhanças feita ao longo das consultas pré-natais, com os exames tendo também esse importante papel subjetivo (CHAZAN, 2008). Dessa forma, podemos ver uma mobilização nesse parto que se torna um evento não pela mulher, mas pela criança que nasce que já é conhecida e demandada por muitos.

Tanto Teresa quanto Olga compartilharam a experiência do não acompanhamento. Teresa deixou claro, em especial do segundo ao quarto parto, que não teve com seu companheiro uma relação de confiança e não podia contar com ele para cuidados. Teresa tem como exceção sua última gravidez, que conta, com irritação em certos momentos, a companhia de seu esposo que esteve ativamente envolvido, uma vez que foi ele que pediu para que ela engravidasse de um filho dele.

Diferente de Teresa, Olga relatou uma boa relação com o pai de suas filhas, embora não tenha tido acompanhante em nenhum de seus partos. Ao ser questionada, sinalizou que não era uma experiência que ela gostaria. Diferente de dizer que não gostaria simplesmente porque “em sua época não era assim”, como foi a justificativa das mulheres da geração anterior, ela defendeu a figura do acompanhante como um personagem que atrapalharia o processo. Ela disse acreditar que “antigamente” – em sua época e antes – era melhor do que hoje, com o “parto humanizado”, como identificou. Isso porque na maternidade a responsabilidade do cuidado deveria ser dos médicos e enfermeiros, pois o acompanhante não teria essa “sabedoria” ou “experiência”. Dessa forma, para ela, a presença de um acompanhante não faria tanta diferença e poderia até atrapalhar o trabalho do profissional.

Essa argumentação nos fez observar um grande foco do profissional no processo de parto, nesse contexto, com a equipe de saúde sendo a protagonista, o acompanhante parece de fato um intruso. Contudo, partindo do pressuposto que é essa mulher o foco do parto que está acontecendo, o acompanhante passa a ser um personagem com um outro tipo de conhecimento em relação à paciente. Esse segundo entendimento ganha força justamente no “parto humanizado” e vemos na literatura (DIAS, DESLANDES, 2006; SÁ *et al.*, 2017; JARDIM, MODENA, 2018) uma grande violação desse direito com base no argumento que essa prática desorganiza e atrapalha o trabalho das equipes. Contudo, seguindo o entendimento de uma

assistência humanizada, ainda devemos manter em perspectiva a presença de um acompanhante enquanto um direito e não um dever. Nesse sentido, Dias e Deslandes (2006) ressaltam a importância de não se adotar uma perspectiva normativa da humanização da assistência, evitando o entendimento de uma imposição da presença do companheiro. Assim, qualquer mulher pode não querer acompanhante ou mesmo outra pessoa de sua escolha na cena do parto. O foco passa a ser qualquer que seja a decisão informada por esta mulher.

Ao passo que as mulheres dessa geração passam a falar dos acompanhantes nos partos, elas falam menos dos encontros com seus bebês. Na **Geração 2**, a maior parte daquelas que viveram cesáreas não falaram do contato com seus filhos. Cecília, por exemplo, não falou do momento de encontro, mas deu a entender que o acontecimento “padrão” teria acontecido com ela. Márcia, sobre a suas cesarianas, também deu a entender que o mesmo “procedimento padrão” teria acontecido com ela. Ao falar do momento que esteve com seus filhos, deu ênfase à rápida saída do hospital para casa com os bebês e não à primeira vez que ela esteve com eles.

Este procedimento padrão foi detalhado por Olga, que contou que em seus partos esses momentos de encontro aconteceram posteriormente. Relatou que as crianças, primeiro, iam para a incubadora, ficavam no berçário e apenas bem depois, quando precisavam ser amamentadas, que iam conhecer a mãe que, após ter sido suturada, era levada ao leito da enfermaria. No caso dela, ela deixou claro que não avaliava ser qualquer problema ver sua filha depois: “Mas foi uma experiência boa, eu gostei assim”.

Teresa não trouxe muitos relatos fora a vivência disruptiva que teve em sua primeira gravidez, em que disse que teve dificuldade de aceitar a sua primeira criança. Ela deixou clara a falta de conexão com o bebê diretamente relacionada a uma certa desconexão ao parto e compartilha em sua fala a sua angústia frente a experiência:

Eu falei: “Não, esse menino não é meu. Eu não senti dor nenhuma” Aí ele falou: “A senhora chegou desmaiada e a criança já nascendo” [...] Aí, quando o médico veio me mostrar eu falei assim: “Não, esse menino não é meu. Não é meu, eu não tenho neném não”. Aí, o que aconteceu? Fiquei no hospital de noite e de dia o vi embora toda suja com a criança no colo, mas sem aceitar isso. (Teresa)

Frente a essa situação, discute uma posterior dificuldade na sua relação com o menino, além de ter dado a entender o quanto esse desnorreamento da chegada de seu filho a fez ter dificuldade de lidar com sua primeira experiência pós-parto. Nesse contexto, vemos como poderia ser benéfica uma visão que valorasse o contato mãe-bebê para uma boa vinculação, sobretudo após um evento potencialmente traumático. Este seria um entendimento holístico dos cuidados “humanizados” (Maia, 2010), que Teresa não mostrou sinal de familiaridade ao longo de suas narrativas.

5.2.7. “...eu vim embora para casa e me cuidei”: Um momento antes da “realidade”

Com o parto tendo para essas mulheres uma atenção que para aquelas da geração anterior não havia, também se observa, em lugar de uma volta imediata às suas responsabilidades e papéis, a intensificação da importância de um momento anterior: o pós-parto. Temos que colocar em perspectiva a maioria da realização de operações cesárea nessa geração, o que propiciou a tematização de cuidados pós-cirúrgicos. De maneira importante, não foi apenas a esses cuidados que elas fizeram referência.

Para as mulheres que tiveram desde o pré-natal a construção da relevância de uma série cuidados e atenções, a gravidez foi uma continuidade de certos cuidados após o parto, acompanhadas pelos mesmos médicos. Ao mesmo tempo, vemos que elas continuam uma comparação em relação às experiências de suas antepassadas. Cecília, por exemplo, em comparação direta com o relato de grande sofrimento que sua mãe teve após a operação, relatou uma boa recuperação de suas cesáreas.

Foi com as mulheres de mais condições econômicas que vemos o termo “pós-parto” delimitando esse novo momento. O que apareceu para as mulheres de classes populares foi um entendimento mais tradicional, com o uso de palavra como “resguardo”, que pareceu ter a noção mais voltada a um autocuidado do que algo diretamente tutelado por uma equipe médica.

Tereza relatou que logo após o primeiro parto houve um “problema no resguardo”. Ela contou que duas semanas após o nascimento, o pai desse filho, que não teve interesse durante a gestação, resolveu procurá-la. Ela contou que o local era perigoso e como ela estava sozinha com o filho recém-nascido e dois sobrinhos ainda crianças, teve muito medo e depois não se lembrou de mais nada, acordando no hospital para tratar uma hemorragia interna.

Quando ele bateu na porta eu não vi mais nada. Eu fiquei com tanto medo que eu desmaiei e o meu sangue começou a descer sem parar. Fiquei internada a noite toda com a minha perna por alto porque me deu hemorragia interna. Aí, pronto! Depois do outro dia eu vi embora para casa e me cuidei. Aí, eu cuidava do meu sobrinho, da minha sobrinha e do meu filho. E eu usava água de poço para lavar roupa e tudo.
(Teresa)

Este relato não apenas reconhece o tempo de resguardo em que supostamente ela deveria cuidar de si, como fala também de como ela já não estava sendo capaz de cumprir esse cuidado, pois estava cuidando não apenas de seu novo bebê, como também exercendo outras responsabilidades. Isso mostra que nem para todos os contextos o resguardo é possível,

exigindo uma rápida volta à realidade dos trabalhos domésticos, como na geração anterior.

O relato falou também das múltiplas fragilidades que alteram as condições de cuidado. Vemos esse fato, desde a constatação que vivia em um local perigoso e o reconhecimento que estava sozinha nesse local, até o fato de evidenciar que ela não contava (e continua não contando após esse incidente) com outras pessoas para o cuidado de sua criança nem de si mesma. Essa situação se apresenta como dificultador de uma experiência saudável de seu resguardo.

Em outras condições de vida, Márcia contou que enfrentou um “probleminha” em seu último pós-parto, como ela própria chama, em que seu útero não contraiu propriamente e mesmo na recuperação ainda no hospital, sentia que continuava inchada. Como muitos remédios receitados para a situação – que ela sinalizou ter sido a primeira vez no pós-parto– ela recebeu alta. Mesmo com os “remedinhos” – como ela se referiu – dos cuidados do pós-natal, ela continuou passando mal. Foi uma cunhada que ouviu seus sintomas, se dispôs a ler as bulas e percebeu que ela tinha um possível efeito colateral. Não foi nem a própria Márcia, enquanto paciente, que informou para o médico, como se ela não tivesse essa autoridade de questionar a decisão tomada por ele, mas sim a visita que era dentista e seu esposo que ligaram para o profissional. Essa situação dialoga bastante com a experiência do desconhecimento sobre o “descolamento de placenta” que foi escondido sob pretexto de um cuidado já mencionado e que aconteceu na mesma gestação, em que seu protagonismo em seus cuidados pareceu ofuscado pelo conhecimento de outros sobre seu próprio corpo.

Com os problemas dessas diferentes mulheres, vemos a diferença que ter uma rede de apoio faz para lidar com complicações quaisquer e garantir os cuidados necessários. Nesse sentido, as mulheres da **Geração 2** de condições financeiras mais favoráveis sinalizaram em suas narrativas mais apoio e pessoas envolvidas. Seus companheiros são especialmente citados como aqueles que viabilizariam condições financeiras vistas como necessárias para aquele período de gestação, parto até o pós-parto. Ainda, são mencionados como os acompanhantes do parto com impactos importante para seus entendimentos do parto, como vimos no item anterior.

Olga contou de sua experiência como mãe adolescente, dando ênfase à organização de cuidados frente a chegada de sua bebê. Relatou que, devido à sua idade, não era tratada como plenamente responsável pela bebê e que a rede que seria para apoio – pais e sogros – tomou conta dos cuidados. Em situações como levar sua filha ao médico, relatou ter sido tratada com piadas e julgamento. Referiam ao seu cuidado como uma “brincadeira de bonecas”: “Escutei muita piadinha de médico que brincava assim: ‘Ah, invés de brincar de boneca está brincando de filha no braço’, mas isso as pessoas falam, mas sem saber da situação da outra, né. Ferem

você sem saber que estão te machucando”.

Luz *et al.* (2015), ao verificar as percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto por puérperas adolescentes, identificam vulnerabilidades dessa população quando comparada às mulheres adultas, corroborando outros estudos como o “Nascer no Brasil” (LEAL *et al.*, 2014). Essas jovens têm desvantagens no acesso ao pré-natal e no número de consultas realizadas. Elas são majoritariamente de classes sociais mais baixas e apresentam atraso escolar ou mesmo estavam fora da escola. Ouvindo essas puérperas, as autoras se deparam com avaliações no geral satisfatórias, mas ainda assim se evidenciam situações de violência obstétrica que, além de se iniciarem no parto, segundo o relato de Olga, não se encerram após.

Os cuidados ao bebê aparecem em outras narrativas. Márcia foi a primeira das entrevistadas a trazer a amamentação como objetivo e desejo desde em sua gravidez. Ela reconheceu que amamentar foi possível com o acompanhamento adequado que teve como resultado uma experiência muito positiva:

Isso eu sempre trabalhei em mim para fazer. E aí, também tive um pediatra muito bom que fez todo esse acompanhamento de orientação. Amamentei Mariana até um ano e dois meses. Então foi assim, mesmo fazendo a introdução alimentar com seis meses, ela continuava amamentada até um ano e dois meses e aí foi uma experiência muito boa. (Márcia)

O ato da amamentação ganha espaço nas discussões sobre humanização junto a outras práticas que aparecem enquanto avaliativas de um bom cuidado. No caso da amamentação é interessante a perspectiva trazida por Márcia desse elemento como algo aprendido e planejado uma vez que, apesar de não ter sido assunto na Geração 1, na **Geração 2**, outras mulheres tematizam brevemente a amamentação, mencionando percalços. Olga, por exemplo, contou que em sua primeira gestação não conseguiu amamentar, mesmo tendo leite, por problemas com seu bico que “quase caiu”. Ela ainda faz uma comparação com os tempos atuais dando a entender que uma prevenção não foi possível com ela e logo foi argumentado pelo médico que ela não teria como amamentar. Teresa contou, por sua vez, outras dificuldades de amamentação e alimentação de seu primeiro filho. Nota-se essas dificuldades maiores para mulheres com menos condições financeiras e mais fragilizadas no acompanhamento da assistência após o parto.

De maneira geral, percebemos uma importante mudança de discurso frente aos papéis tomados por essas mulheres após o parto. No cenário da Geração 1, tínhamos evidente a necessidade da volta às suas atribuições assim que possível – sendo marcadamente o cuidado da casa, de outras crianças e pessoas. Em contraste, a **Geração 2** apenas mencionou uma “volta” quando atribuída ao trabalho remunerado. Márcia contou que sempre voltou ao trabalho após

as gravidezes: “E fora isso tudo eu ainda trabalhava, eu sempre trabalhei fora. Então eu ficava meus quatro meses de licença maternidade e depois eu voltava à minha atividade profissional tranquilamente.” Com isso, falou que não via essa volta como um peso, se contrapondo às histórias de vida de sua mãe que viu a chegada de suas filhas como um complicador de suas outras atribuições e compromissos. Inclusive, ela trouxe essa volta ao trabalho remunerado como forma de evidenciar que via a maternidade fazendo parte de um todo bem mais amplo.

É claro que esses diversos papéis da mulher não deixam de se fazer presentes. Vemos, contudo, esta urgência retratada na Geração 1, ainda evidente nas mulheres com menores condições financeiras, observando como exemplo o cuidado que Teresa relata sobre seus sobrinhos tão logo ela retorna de seu primeiro parto.

5.2.8. O que fica? Amadurecimento, resiliência e o sonho de ser mãe

Com as narrativas das mulheres da **Geração 2**, conseguimos observar que essas mulheres buscaram trazer em suas histórias um entendimento de superação. Precisamos levar em conta que algumas delas cresceram com as histórias de suas mães e perceberam algum dos impactos dessas experiências em suas vidas. Já para outras, que a história da geração anterior não esteve tanto em cena, há a falta de contato com essas experiências, como foi o caso de Olga. Há também situações particulares de outras dificuldades em suas experiências de vida que tornaram sua história por si só como um processo de superação – como vemos com a longa história de Teresa.

Algumas pontuaram contrastes com a experiência das mães. Márcia, por exemplo, trouxe que o que foi mais marcante de seus partos não foi a dor que vivenciou, mas sim a experiência de se tornar mãe. Ela também sinalizou um amadurecimento ao longo de suas experiências de parto, reconhecendo que no primeiro parto sentiu que foi para o desconhecido e em diante vai um pouco mais segura para a experiência que corroborava com a vida que gostaria de ter: ser mãe.

Cecília também sinalizou como a experiência atravessou sua vida chegando até ao amadurecimento enquanto profissional. Contou que, por trabalhar com assistência social, trouxe uma visão a partir de seu papel enquanto usuária. Dessa forma, vemos a sua tematização em assuntos como a humanização e a reflexão frente ao ocorrido em seus partos não apenas como análise própria de algo passado, mas como articulação de conhecimento atuais que pôde usar em prol da experiência de outras que poderão ser mais bem assistidas.

Já Olga, ao fim de sua entrevista, contou com um momento de reflexão da história,

falando de um “preço” em sua própria saúde por ter tido filhos cedo e atribuiu muito de suas condições a essa experiência. Disse, inclusive, que isso foi explicado a ela por um médico: ela teria os órgãos envelhecendo mais rápido, uma vez que eles viveram o estresse da gravidez mais cedo. Mais uma vez ela resgata o entendimento do corpo feminino como frágil e mesmo perigoso, importante para a visão da medicalização do corpo (VIEIRA, 2002), que está presente em sua visão e que aparece na geração anterior na fala de sua mãe. Contudo, acrescenta ao que ela conta de seu caso um padecimento voltado à uma certa moralidade ligada ao “tempo certo” de engravidar, de forma que ela estivesse agora “pagando” pelo seu erro.

Ela apontou um sentimento de conquista por ter passado por tanto aprendizado na prática e chega a fazer uma comparação entre as gravidezes pontuando que teria conseguido fazer tudo “direitinho” de uma para outra. Para ela, isso se refere à maior maturidade e recursos que proporcionaram a adequação ao panorama que temos para a geração em tela com exames, acompanhamento, pré-natal, marcação do parto, amamentação...

Olga contou, a partir da experiência de uma gravidez jovem, de uma “vida interrompida”, mas se sente agradecida pelo bom desfecho que atribui a cultivar bons relacionamentos com aqueles ao seu redor, a ter filhas saudáveis e poder “ser mãe” de fato. A partir de sua experiência, se comprometeu com uma nova maneira de lidar com suas filhas sobre o assunto da saúde sexual e reprodutiva. Ao longo de toda sua narrativa, contou com entusiasmo sua história justificando que tinha gosto de trazer essa reflexão sobre a importância da escolha de engravidar e avaliou que as suas filhas, dada sua dedicação e abertura, tiveram essa escolha por terem os conhecimentos necessários para tomar essa decisão de forma consciente.

Por fim, Teresa, com toda a solidão e dificuldades que teve, trouxe a superação em ainda outro âmbito. Valorizou em seu discurso esta mesma noção de maturidade apresentada pelas outras mulheres, dando ênfase ao conhecimento acumulado a partir de cada uma de suas experiências. Remeteu à criação de seus filhos, um ato que foi ao mesmo tempo custoso e uma fonte de “força”. Com o discurso religioso, de fé, junto à narrativa de grande solidão, falou de “sinais” para que juntasse forças para “mudar de vida”. A partir do relato de seu relacionamento abusivo, temos contato com uma realidade possível vinculada à imagem da mulher. Isso porque Tereza trouxe como a situação que viveu por muitos anos teria a ver com a própria imagem que ela entendia ou tinha sobre o que significaria ser mulher:

Ele bebia, eu era espancada todo dia. Todo dia, todo dia. Todo... você sabe o que é todo dia uma mulher todo dia apanhar.? Era eu. Porque eu tinha na minha cabeça que a mulher tinha que cuidar da casa e cuidar do marido e, na hora que ele quisesse, eu tinha que lhe servir. Essa é a mentalidade que eu tinha na época, e, assim, fui vivendo. (Teresa)

Ela fala de uma herança de valores que atribui à sua origem da roça que, segundo ela, a fez se submeter a muita coisa. É a partir de tal visão que vemos o entendimento de superação ir além de uma concepção de direito de procedimentos, acesso a exames ou mesmo de poder ser mãe, mas sim ao direito de viver. Isso porque os impactos que Tereza trouxe da violência doméstica em sua narrativa não são apenas os “óbvios” da moléstia física e psicológica direta, ela falou nas alterações em sua história de partos. Não podemos deixar de observar que, com vista a tantas perdas e solidão no caminho, uma gestação totalmente cercada e – ou mesmo cerceada – de cuidado, 20 anos após a última, passa a ser vista como uma evolução e superação mesmo que ela ainda não seja a protagonista. Nas palavras de Teresa:

Mas a gente acha que, antigamente na roça ... Mas ainda tem muita gente assim, que acha que a mulher nasceu para abrir as pernas e fazer as vontade do homem. Lavar, passar, cozinhar e ele chega e está com a perna aberta. Então, quer dizer, levei muitos anos, filha, para acordar. Acordei! (Teresa)

5.3. AS MÃES NA PANDEMIA: HISTÓRIAS CONTADAS PELAS MULHERES DA GERAÇÃO 3

As narrativas das mulheres da **Geração 3** apresentaram rupturas com a chegada de novos desafios e condições, ainda que se apresente diálogo com histórias anteriores. Como contexto dessas experiências, temos a pandemia da COVID-19, evento inesperado que trouxe consigo reflexões e atenções a temas novos ou já vistos que precisaram ser repensados.

Temos também uma condição diferente de outras gerações, pois acompanhamos quatro nascimentos, mas cinco gestações – com uma das entrevistadas grávida – no período curto de seis anos. A maioria das mulheres-mães dessa geração falaram de primeiras gestações, com experiências recentes do parto e da maternidade. Com isso, no geral, temos o movimento do testemunho muito próximo dessas mulheres.

5.3.1. “... a verdade é que a gente se doa”: planejamento da gravidez entre tentativas e desejos

Pela primeira vez, na **Geração 3** – com exceção do caso particular de inseminação artificial que Teresa conta em sua última gravidez pela impossibilidade de engravidar de outra forma – as tentativas de engravidar foram tematizadas por algumas entrevistadas. Carolina e Tarsila – a primeira de família negra de classe média e a segunda de família branca de classe popular –, mencionaram por breve momento que houve um processo de tentativa para

engravidar que envolveu a suspensão de métodos contraceptivos que usavam antes. Com isso, temos um diferencial em relação às gerações anteriores, em que todas falam de métodos contraceptivos presentes em momento anterior a suas gravidezes e um planejamento para engravidar.

Já Mariana e Olívia –a primeira de família branca de classe média e a segunda de família negra de classe popular –, não falaram sobre o planejamento de suas gestações, mas sinalizaram o desejo de suas gravidezes. As gestações são retratadas como desejadas nessa geração, mas, ainda assim, nem todas as mulheres trouxeram especificamente o motivo de engravidarem. Olívia, ao final, chegou a comentar que ter seu filho era um sonho que ela sempre teve e muito do planejamento se baseou neste desejo. Tarsila, por sua vez, foi a única que se encontrava em sua segunda gestação no momento de nossa conversa e falou com maior profundidade, com essa experiência atual e passada, sobre as motivações envolvidas.

Ela contou que na primeira gravidez planejou com seu esposo e decidiram conjuntamente que seria “a hora de ter um bebê”, com dois anos de casamento. Ela, contudo, falou de um motivo diferente para a sua segunda gestação. Tarsila contou que tinha vontade de proporcionar para a filha a experiência de ter um irmão, relação que ela acredita ser importante. Reconhecendo essa vontade, entendeu que deveria fazer isso o mais breve possível, enquanto tem “pique” – que seria a energia de lidar com um bebê e as preocupações envolvidas – para que também desse tempo de “ser ela”:

Eu amo ser eu, então, assim, a gente enquanto mãe esquece de ser a gente, né. E eu falo assim: “Não, eu não posso esquecer quem sou eu de novo” Porque eu esqueci quem sou eu quando ela nasceu. E eu falava assim: “Eu amo ser eu e tem que dar tempo de ser eu ainda nesta vida” Não que eu não seja, não que eu não consiga ser, mas a verdade é que a gente se doa. (Tarsila)

Com isso, Tarsila reflete sobre a escolha de estar grávida novamente, consciente de uma relação de “doação de si”, com clareza desse cenário a partir de seu aprendizado com a sua primeira gravidez. Inclusive, ela sinaliza que esse é um caminho que não cabe na decisão de vida de algumas mulheres e legitima também a escolha destas de não ter filhos.

Na Geração 2, Cecília trouxe motivação semelhante em relação ao seu segundo filho mencionando a questão do seu “tempo reprodutivo”. O que vemos de diferente nas duas narrativas é a noção de escolha aparecendo mais explicitamente. Mesmo que na geração anterior tenhamos visto com mais clareza as motivações, é na **Geração 3** que vemos a discussão do planejamento reprodutivo se articulando à noção de direitos sexuais e reprodutivos, sendo revisitado os papéis de gênero levantadas pelas outras gerações. A atual geração cita as expectativas para elas enquanto mulheres e traçam limites pontuando suas escolhas legitimadas

a partir de seus desejos.

Esta visão é refletida também nas políticas que regem a atenção à saúde para essa geração. Com o intuito de ser mais abrangente, abordando as diversidades, vulnerabilidades e realidades locais do segmento feminino, se formulou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Seu documento consolida os avanços dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e busca efetivar a melhoria da atenção obstétrica ao aborto inseguro, no planejamento familiar e no combate à violência doméstica e sexual (VALADÃO; PEGORARO, 2020).

Junto com a PNAISM, observamos a Rede Cegonha⁶, outro exemplo de uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011). No âmbito da atenção privada, temos o Projeto “Parto Adequado”, desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), visando a diminuição de cesáreas no setor privado desde 2015.

5.3.2. “... a pandemia me impediu um pouquinho”: escolhas de assistência e possibilidade dos contextos

Tão logo as mulheres começam a contar de suas gravidezes, elas mencionam a vivência da gravidez durante a pandemia de COVID-19. Inicialmente, as gestantes não foram vistas como grupo de risco para a doença, porém ao aumentar a proporção de mulheres acometidas durante o ciclo gravídico-puerperal, foram publicados diversos estudos demonstrando risco aumentado de complicações. Em específico, estudos brasileiros sinalizaram número elevado de mortes maternas associados, para além de existência de comorbidades, sobretudo vinculado a determinantes sociais da doença e a falhas graves da assistência (AMORIM *et al.*, 2021). Essa realidade sinaliza uma série de repercussões diretas e indiretas sobre a saúde reprodutiva da

⁶ Junto a escrita deste trabalho vemos a interrupção da Rede Cegonha com a Portaria nº 715, de 04 de abril de 2022 que ao instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami) (BRASIL, 2022). O conteúdo da portaria foi alvo de repúdio por uma visão hospitalocêntrica, centrada no profissional médico e excluindo a atuação do enfermeiro obstetra. Conselho Federal de Enfermagem, CONASS, CONASEMS e Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) são alguns dos órgãos que sinalizaram preocupação com o retrocesso para uma prática medicalizante e patologizadora do parto, indo de encontro aos esforços e conquistas da humanização.

mulher.

A imersão na pandemia foi mais um fator que impactou as escolhas de assistências às suas gestações e partos. Isso porque temos como o panorama da **Geração 3** a consolidação da característica que começamos a observar na Geração 2: tanto o pré-natal quanto o parto dessas mulheres passam a ser extensivamente planejado.

Pelo isolamento, o pré-natal ganha destaque uma vez que os outros cuidados à gravidez, que não o acompanhamento médico, são limitados por diversas “medidas sanitárias” – caracterizando como indispensável às gestantes por se tratar de um grupo de risco – que tem impactos maiores. Carolina falou como este momento resultou em uma experiência diferente do que esperava e refere a interdição a uma série de eventos sociais.

Na verdade, foi uma experiência diferente, né? Eu idealizava várias coisas que a pandemia me impediu um pouquinho. Idealizava feira de gestante, de ir em lojas, montar enxoval. Só que infelizmente, como foi tudo no início da pandemia, passei o ano passado todo sem poder... (Carolina)

Ela ainda destacou: “Não pude ter muito contato com muitos amigos, só com familiares que já tinham contato comigo no dia a dia”. Dessa forma, Carolina, ao longo do relato, trouxe a pandemia como contexto que sustentou algumas explicações dos rumos de sua história, marcando muitos momentos de passividade e impossibilidade.

Tarsila nos aponta a existência de uma geração cuja vida reprodutiva foi atravessada por duas grandes epidemias emergentes – desconhecidas – povoadas de incertezas: sua primeira gestação foi atravessada pela epidemia de Zikavírus⁷. Ela demonstrou como nunca teria tido um “momento tranquilo”, tendo em ambos os momentos uma série de limitações:

Eu falo que eu não tive sossego em nenhuma gestação, né. Na primeira gestação teve a questão da zika e aí, era uma preocupação de zika. [...]. E aí, agora, na segunda gestação, essa situação do coronavírus e a gente fica em uma pane psicológica porque na Zika a gente lidava com algo concreto, né, a gente via o bendito mosquito. No Coronavírus não, é você lidar com um fantasma, é você lidar com algo que você não vê, com algo que você nem sabe de fato o que é aquilo ali. (Tarsila)

O que podemos ver com os relatos frente à pandemia é uma concepção solitária da própria experiência. Observamos que esse entendimento de “perda de convivências” se deu na perspectiva do que há em comum nas narrativas das **Gerações 2 e 3**. Ambas mencionam a gravidez e parto mais como um evento, povoado de personagens e marcos como festejos

⁷ O zika vírus (ZIKV) é transmitido principalmente pela picada do mosquito *Aedes aegypti*. Além desta via também pode ser transmitido por via sexual ou transplacentária e impactando o desenvolvimento fetal, causando microcefalia e outras alterações congênitas conhecidas como síndrome congênita do zika vírus (SCZ). O Ocorrido tem especial impacto da vivência da gravidez marcadamente acometendo de maneira desproporcional a vida das mulheres (LIMA; IRIART, 2021)

impedidos em tal contexto de pandemia.

Esta geração deixa ainda mais evidente o impacto da escuta de histórias, não apenas de familiares. Carolina trouxe a importância de várias histórias de amigas e conhecidas, além de várias fontes de informação como vídeos, cursos e leituras que a auxiliaram ao longo de sua gestação e planejamento do parto. Ela sinalizou que essa junção levou a um caminho que ajuda a combater uma “romantização”. Este termo parece apontar para a construção de algum conhecimento sobre a experiência, que a prepararia para todas as possibilidades de acontecimentos. Carolina tematizou um entendimento de risco frente à gestação bem como também sinalizou o conhecimento de situações não ideais de assistência.

Carolina mencionou um importante medo de desassistência avivando histórias de suas gerações anteriores. Com a visão do trabalho de parto como “Todo aquele momento de dor, de nervosismo, de ansiedade” (Carolina) – ela dialoga com a visão de sua própria avó. A partir desse entendimento de um parto “normal”, ela menciona uma noção de “risco” da possibilidade de precisar contar com profissional disponível do hospital, não sendo a médica que a acompanhava: “meu medo é mais nessa questão do profissional que eu encontrasse no hospital não me desse essa assistência que ela me deu no pré-natal, entendeu” (Carolina). Ela pontuou diretamente a origem desse medo no conhecimento de histórias de médicos, plantonistas que “não apoiam muito o parto normal quando a mulher está no trabalho de parto” (Carolina).

Ela sinalizou uma visão medicalizante hegemônica em relação ao parto, que identificamos se consolidar ao longo das gerações, como evento errático, perigoso e imprevisível, em que o médico seria aquele com o conhecimento para aplacar essa natureza. Contudo, ao trazer o medo do profissional “não apoiador”, evidencia conhecer outra forma de conduzir o parto, não tão facilmente alcançável. Mostra-se uma subalternidade da parturiente, dada uma relação de descuido e violência que precisa ser ativamente evitada por ser considerada uma realidade da assistência. A escolha da via de parto nesse contexto é vista não apenas pelo “medo” da dor, como já foi citado pelas gerações anteriores, mas também pela possibilidade das terem as dores negligenciadas ou de serem desrespeitadas durante o trabalho de parto (ROCHA; FERREIRA, 2020).

Carolina falou desses receios sobre a via de parto, caracterizando um posicionamento de um atendimento privado em que o planejamento do parto voltado para uma escolha de preferências com a via vaginal e a cesariana sendo escolhas equivalentes, tendo seus pontos positivos e negativos de forma equânime. Nesta escolha, há exceções quando se faz necessário, devido à uma emergência ou risco, a intervenção médica anula a escolha que seria originalmente da gestante ou cliente.

Entretanto, como a gravidez e parto levam uma concepção de constante risco – já que o corpo feminino é tido pela medicina hegemônica como falho e perigoso, serão muitas as necessidades e oportunidade de medicalização e indicação da cesárea (Vieira, 2002). Carolina narrou uma cesárea “emergencial” devido à uma alteração de pressão observada pela médica no momento de uma consulta de rotina. Ainda assim, Carolina encarou o desfecho como tomada de decisão em que ela teria controle caso o imprevisto não tivesse acontecido.

Já Tarsila, que teve condições semelhantes às de Carolina, como o acompanhamento privado e o mesmo entendimento de escolha da via de parto, relatou que o planejamento de sua cesárea se deu por uma recomendação médica – por ter um quadro de hérnia de disco que seu médico avaliou como um caso de risco para um parto vaginal –, mas também confessou medo de uma “má assistência”, como Carolina:

Aí também tem essa questão dos médicos, a maioria, não ser muito a favor do parto normal, inclusive, os médicos particulares. Então, não vou dizer que o médico me induziu a fazer parto cesárea, mas ele me disse dos riscos e aí, eu optei pela cesariana devido a hérnia de disco, eu tinha duas, acabei adquirindo mais uma e eu acabei adquirindo mais uma. (Tarsila)

Essa situação torna a levantar a relação das experiências influenciando no planejamento de parto, já que o entendimento sobre “médicos particulares” parece vir de uma visão além da sua, como já visto em outras gerações de sua família. Ela também relata que, enquanto grávida, conheceu maternidades possíveis para seu parto e fez a escolha de uma que tinha UTI disponível para “caso precisasse”, marcando a visão preponderante do parto como uma situação de risco iminente.

Há diferenças em relações à condução desse planejamento, pois nas mulheres que tiveram assistência pela rede pública, na **Geração 3** não se notou a noção de escolha dual entre parto vaginal e uma cesárea como vias de mesmo peso. Para essas mulheres, vimos o entendimento de uma cesárea enquanto um procedimento quando há alguma complicação ou dificuldade no momento do parto ou em caso de gravidezes de risco.

Este tipo de assistência e concepção não se deu para todas como uma preferência, mas sim como um atravessamento das condições de vida. Foi o que Mariana sinalizou, já que, inicialmente, por se sentir atravessada pelas histórias de parto de sua família, preferia um parto cesárea que não pôde realizar por sua situação financeira:

Eu, no início, não pensava em ter o parto normal, pensava em ter cesárea porque as experiências que eu ouvia da minha família não eram positivas, né. Então, com base nisso, eu preferi uma cesárea, porém quando fui surpreendida com a crise, pandemia e eu sem plano de saúde, eu tinha só a opção do hospital público e eu queria fortemente sair de lá o mais rápido possível. (Mariana)

Esta mudança de planos causou impactos e deu lugar a todo um novo planejamento que se desenvolveu tendo em vista concepções de como se daria sua assistência. Notou-se um movimento constante, ao longo do pré-natal, de buscar suprir “furos” da rede pública em que se encontrava.

A laqueadura seguiu tendo lugar no planejamento dos partos ainda na **Geração 3**. Em sua segunda gravidez, Tarsila falou do planejamento do seu parto voltado para o procedimento. Com isso, afirmou não ser necessário conversar sobre a via de parto uma vez que pelo procedimento estaria decidido. Ela sinalizou algo que pouco aparece em outras falas: a demanda burocrática para a realização. Ela falou da necessidade de um documento emitido por cartório, trazendo um tom de desgaste em relação ao caminho:

Inclusive, agora para fazer a laqueadura, o médico e o hospital exigem que tenha um documento registrado em cartório autorizando a laqueadura, a gente agora tem que fazer isso. Agora tem que ser cesariana mesmo porque eu vou operar e vai ser uma cirurgia só. (Tarsila).

Falou dessa dificuldade, não mencionando restrições para que seja numa mesma cirurgia, apesar de haver lei que regulamenta a realização da laqueadura, no SUS ou pelo convênio, delimitando o momento de realização. A lei de planejamento familiar (lei federal nº 9.263/96) é de 12 de fevereiro em 1996, sendo pano de fundo sobretudo para essa geração. A condição básica para mulher estar apta a cirurgia, segundo a lei, é ter mais de 25 anos ou pelo menos dois filhos vivos, sendo vedada a realização durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas (BRASIL, 1996). Essas delimitações nos fazem refletir sobre as histórias de esterilização ouvidas visto que nelas o procedimento foi intimamente vinculado ao parto, não seguindo essas condições, fazendo da exceção, a regra. Visto isso, temos na **Geração 3** um cenário de maior acesso a métodos contraceptivos, contudo, a realização da esterilização segue se apresentando como realidade sustentada em alguma medida pela “cultura de cesárea”. A operação é “aproveitada” para a realização do procedimento, sendo trazida em relatos que ainda remontam a ideia de “se livrar” de uma situação (fertilidade) que incomoda.

Mesmo a Tarsila sendo a única que mencionou o procedimento na atual geração, é notável o pensamento das mulheres entrevistadas de evitar uma futura gravidez antes mesmo de terminar de passar pela que viviam. Sobre isso, Olívia contou que, ainda na sala de parto, demandou a inserção do DIU conforme seu planejamento durante a gestação. Mesmo não tendo o mesmo impacto da cirurgia, a imediata inserção do método se relaciona como uma maneira de encerrar possibilidades de novas gravidezes, desejo consolidado a partir de uma experiência

negativa em seu parto.

5.3.3. “... então, graças a Deus, correu tudo bem”: a importância do pré-natal, seus exames e parâmetros

Todas as mulheres da **Geração 3** tiveram acesso ao acompanhamento pré-natal com metade delas acessando a atenção privada e a outra, a pública. Elas falaram com mais detalhes sobre o pré-natal. Visto como um “caminho correto” a se seguir, concepção com cada vez mais força nas gerações anteriores, aquelas que fazem acompanhamento por instituição privada chegam a sinalizar ida a obstetras recomendados para ter atendimentos. Essa menção de recomendação parece ao mesmo tempo ser uma mobilização das mulheres no contexto da valorização da visão médica como também uma forma de tentar diminuir as chances de um cuidado inadequado, indo em profissionais que pessoas conhecidas tenham impressões positivas de seus atendimentos e postura.

Para essa geração, fica evidente como, para a maioria, a realização de exames, prescrições médicas e intervenções se aproximou de um cuidado avaliado como satisfatório. Principalmente a visão daquelas assistidas pela rede privada ao longo de seus pré-natais sinalizam um acompanhamento marcado por uma relação de confiança e disponibilidade, mas sobretudo enfatizam o controle próximo com exames e encontros marcados com grande antecedência. Carolina contou que a questão do planejamento no acompanhamento foi apresentada já no primeiro atendimento pela sua obstetra: “Aí, foi isso, começou a partir de março, né, e aí, na verdade, ela já me deu um plano todinho de parto e quantas semanas, o que aconteceria, quais eram os exames que eu teria que fazer, e foi até novembro” (Carolina). Sobre o fato, ela contou com grande admiração e como algo que a fez ter grande confiança. Contudo, podemos refletir sobre o impacto de um roteiro padrão bem como o impacto de diversos procedimentos “de rotina” que não se baseiam na real necessidade das gestantes e da gestação que se acompanha.

A interposição de tal “agenda” com as programações de todos os exames julgados necessários se distancia da construção de um entendimento humanizado da assistência, que se baseia no entendimento do parto com algo dentro dos parâmetros da fisiologia do corpo. Nesta perspectiva, é identificada na proposta da PHPN (BRASIL, 2002) um planejamento que prioriza um maior número de consultas possíveis de forma a viabilizar um acompanhamento individualizado para evitar intervenções que possam impactar negativamente a evolução da gestação e parto. Todavia, vale refletir como dentro do contexto de receios e concepções trazido

por Carolina a situação narrada por ela é trazida no sentido de exemplificar um cuidado.

Mariana relatou que para minimizar o “estresse” que uma assistência pública pode apresentar, “incrementou” seu acompanhamento com exames pagos por conta própria, não apenas por ela mesma, mas também indicada por profissionais que a acompanhavam no próprio serviço público:

E eu optei, eu tinha a opção de fazer todo o pré-natal com todas as ultras fazendo no particular ou não. E eu optei por fazer as ultras no particular, em uma clínica que eles mesmo indicaram. E por não ser uma gravidez de risco, por eu conseguir me adaptar dessa forma, então, graças a Deus, correu tudo bem. (Mariana)

Vale mencionar que as mulheres da **Geração 3** que foram acompanhadas pelo serviço público – realidade que tivemos pouco contato na geração anterior – elogiaram e manifestaram muita satisfação com o acompanhamento que receberam no pré-natal próximo de suas residências. Contudo, havia nesses relatos um tom de ressalva, sobretudo como Mariana pontuou: “E lá eu peguei ótimos profissionais, eles me atenderam prontamente. Nenhuma vez as minhas consultas foram canceladas, então, assim, eu tive todo suporte durante toda gestação. Então para mim isso foi muito válido.”

Esse tom individual, num reconhecimento de não generalização, corrobora com receios visto por todas em relação a um serviço público que “não se pode contar”. Foi por esse motivo que a Mariana logo após falar do bom atendimento relatou que, como parte igualmente importante de seu acompanhamento médico, buscou ao longo de sua gravidez se preparar para que pudesse se prevenir de situações que poderiam ser violadoras e avessas aos seus desejos. Esta preparação torna evidente o grande receio a uma má assistência, vista por ela como “padrão” da cobertura de cuidado que estava submetida.

...quando fui surpreendida com a crise, pandemia e eu sem plano de saúde, eu tinha só a opção do hospital público e eu queria fortemente sair de lá o mais rápido possível (risada)... por conta da pandemia, por estar exposta com um recém-nascido do lado e também pelo fato de não acreditar muito no sistema de saúde que a gente tem disponível para a população. Então, eu realmente fiz de um tudo para conseguir, eu pesquisei, eu estudei para saber o que era normal, o que não era normal para eu chegar no meu limite. (Mariana)

Por sua vez, Olívia, que também fez acompanhamento na rede pública, relatou um “pré-natal maravilhoso”. Disse que tinha amplo diálogo com as profissionais responsáveis pelo seu cuidado – que se traduziu em uma equipe contando não apenas com uma obstetra, mas também enfermeiras, inclusive, sendo possível entrar em contato com uma delas quando ela tivesse qualquer dúvida. Foi através desse contato que ela foi orientada a ir ao hospital no dia em que teve seu bebê.

Ainda assim, logo no início de sua narrativa, sinalizou uma comparação da atenção que

teve ao longo das consultas em relação ao momento de ida ao hospital para ter o bebê, sinalizando experiências completamente diferentes em relação ao cuidado: “Olha, eu falo hoje que tive um pré-natal maravilhoso, mas que na hora eu sofri um pouquinho.” (Olívia).

5.3.4. “tive um pré-natal maravilhoso, mas na hora eu sofri um pouquinho”: chegada ao hospital e o encontro com violações

Tendo em vista os planejamentos pré-natais, as chegadas aos hospitais foram marcadas pelas diferenças nas vias de parto, com metade delas, a Carolina e a Tarsila, tendo hora marcada para seus partos particulares e a outra metade, a Mariana e a Olívia, chegando à assistência quando identificado o início de trabalho de parto. Contudo, essa geração teve alguns imprevistos enfrentados.

Carolina, por exemplo, contou que antes de decidir totalmente como seria seu parto, em uma consulta de rotina, a obstetra sinalizou uma pequena alteração na pressão. Apesar de apontar que não era nada muito alarmante, Carolina contou que a profissional teve receio de que a pressão pudesse aumentar rapidamente e que não poderia esperar muito por conta desse “risco” que estaria correndo. Com isso, a médica propôs prontamente a cirurgia para o dia seguinte e, assim, ela e o esposo chegaram praticamente sem dormir por estarem segundo ela em “estado de choque” com a rapidez.

Tarsila contou que o parto já estava agendado, contudo, a bolsa rompeu antes da hora, uma semana antes, às três horas da manhã. Ela relatou que conseguiu contato imediato com o médico e logo foi para o hospital para fazer a cirurgia. Chegou lá com 5,5 cm de dilatação e sem dor. Lá, teve contato pela primeira vez com a equipe, exigida pelo médico e paga separadamente de maneira rápida, momentos antes da cirurgia.

Por ter estudado junto com seu esposo sobre o momento do parto, Mariana narra sua chegada ao hospital demonstrando muito conhecimento e avaliações aparentemente técnicas sobre o que viveu. Contou ter chegado ao hospital tempos depois de identificar o início do trabalho de parto; reconheceu que seu esposo precisou dizer que não aguentava mais a ver sentido dor em casa para irem. Isso se deu porque, marcadamente, ela dizia ter um único propósito: ficar pouco tempo exposta às intervenções hospitalares e sair logo do hospital. Dessa forma, para ela, quanto mais próximo do momento de parto chegasse ao hospital, menos tempo ficaria naquele ambiente. Ela contou ter sido bem-sucedida por ter chegado e logo encaminhada para a sala de parto pelo estágio avançado do trabalho de parto. Essa estratégia de fuga parece se relacionar com a correlação do tempo de estadia na instituição com situações de violência.

Nos relatos da atual pesquisa e na literatura, vimos uma correlação significativa entre o tempo em assistência e a referência a relatos de situação de violação, sendo mencionadas negligências e abandono ou mesmo formas de acelerar o trabalho de parto junto a uma reclamação sobre a passagem do tempo (NASCIMENTO *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2019b).

Olívia também contou com a assistência pela rede pública; narrou sua chegada ao hospital como múltipla. Quando seu tampão saiu, ela mandou mensagem para a enfermeira que a acompanhava no pré-natal, que a orientou para que fosse a maternidade para avaliar, porque existia a possibilidade do início do parto. A médica que a avaliou explicou que com 1cm de dilatação e mais nenhum sintoma, ela ainda não estava em trabalho de parto e poderia voltar para casa. A médica a tranquilizou e fez sugestões de atividade que poderiam ajudar a dilatar e eventualmente entrar em trabalho de parto.

À noite do mesmo dia, com as dores começando a se intensificar e ter espaçamentos mais certos e curtos, ela e o esposo voltaram. Nesse segundo momento, ela relatou ter sido recebida por uma outra médica que a tratou rispidamente. Olívia acabou sendo examinada pela médica após certa insistência e foi orientada a voltar para casa por estar com 1cm de dilatação.

Ao voltar para casa, ela contou ter “aguentado” em casa a dor até a bolsa estourar. Ela disse que esperou esse momento porque tinha certeza de que dessa forma teriam que interná-la. Assim, ela voltou pela terceira vez no local já avisando sobre o ocorrido. Não buscando discutir sobre a real necessidade de internação de seu quadro, podemos observar como ela passou a se ater ao fato de sua bolsa ter rompido como uma “prova” física que ela pudesse apresentar, como seu “passe”, lhe garantindo algum tipo de segurança que ela buscava na assistência do hospital. É possível aproximarmos sua situação à uma vivência de peregrinação semelhante à vista no caso de uma das gestações de Teresa, da geração passada.

Apesar de Teresa falar da ida de mais de uma instituição, vemos em ambas as narrativas o medo do abandono. Rodrigues *et al.* (2015), ao analisarem as percepções das mulheres frente à peregrinação na busca por assistência no período reprodutivo, apontam a vivência de uma violência velada, dada a anulação dos seus direitos a acesso a serviços pontuando o impacto não apenas na dimensão da carência de vagas e leitos obstétricos, mas também as repercussões de ordem psicológicas vivenciadas durante essa peregrinação pela situação em si e um tratamento desrespeitoso que impactam diretamente no processo de parturição.

A situação de insegurança frente à assistência é retratada desde a avaliação que Olívia faz no momento de acolhimento. Ela confessou um medo de a desassistência “não colaborar” e, com isso, relatou que, em certa medida, se absteve de dizer que estava desconfortável ou que não gostou de como foi tratada pela possibilidade de ter seu cuidado prejudicado de alguma

forma. Sobre isso, ela falou do momento que passou pela triagem na segunda vez e foi tratada com rispidez: “Eu fiquei muito... estressada com isso, mas não falei nada porque se a gente fala, a gente é mais prejudicada.”. Mais para frente de seu atendimento, quando a médica fez outra interpelação desrespeitosa, ela retornou a esse medo: “Olha, a minha vontade era mandar ela para tudo que era lugar, mas eu não podia porque precisava dela.”.

Esse receio, semelhante ao relatado por outras entrevistadas, se baseia em um comportamento obediente esperado pelas equipes. O que ele também sinaliza é como essa expectativa é capaz de produzir uma série de violências que se apresentam de maneira gradual. Como já vimos, Aguiar *et al.* (2013) conduziram entrevistas a profissionais que relataram uma conduta “mais ríspida” para algumas parturientes menos “colaborativas”. É observado que ameaças de abandono são frequentes. A ameaça se apresenta como um recurso violento naturalizado que orienta condutas violadoras. Dessa forma, vemos extenso relato na literatura de tipologias que ilustram essa gradação da violência obstétrica, como Jardim e Modena (2018), que observam, baseadas na análise dos artigos sobre o tema, desde a violência verbal até a psicológica, física, sexual, discriminatória, de negligência e de uso inadequado de procedimentos e tecnologias. Todas essas diferentes formas de violência no contexto da assistência têm como origem o cenário incerto retratado pelas mulheres e se relacionam entre si. Assim, uma ameaça pode se tornar um abandono; um abandono, que tem um caráter discriminatório em relação a características sociais da paciente, pode levar a um uso inadequado das tecnologias, que, por sua vez, pode se configurar como uma violência física ou mesmo sexual.

Além das chegadas ao hospital para o parto, Tarsila compartilhou um caso acontecido já na gestação que estava no momento da entrevista. Ela, ao sentir uma dor na lateral da barriga, acabou passando por mais de um hospital. O primeiro lugar a acolheu apenas inicialmente, sinalizando que não poderia cuidar dela por não haver obstetra no hospital. Ainda assim, se estabeleceu uma suspeita de apendicite, situação que inicialmente não se relaciona com a gravidez.

Tal fato a levou a um segundo hospital, guiada após contato com seu obstetra. Relatou muitas intervenções, como uso de muitos remédios intravenosos a ponto de perder o controle daquilo que estava sentindo para poder fazer qualquer julgamento. Ela diz: “... que inclusive, meu Deus! Nunca vi receber tanto negócio na veia. E eu falei: ‘Nem tem como sentir alguma coisa. Eu estou toda cheia de remédio, né. Então, assim, se eu estou sentindo alguma coisa, eu não sei. Eu devo estar anestesiada’”.

Após alguns dias internada, não sendo esclarecida sobre os procedimentos de

investigação de sua dor ou mesmo das possibilidades caso o diagnóstico de apendicite se confirmasse, foi descartada a possibilidade da inflamação e feita uma explicação curta, seguida de sua rápida alta: “Ah, porque a gestação dá dor mesmo”- ela relata, dando a entender que, por estar grávida, qualquer coisa sentida ou sintoma seria mais facilmente explicado por sua situação. Esse desfecho parece sinalizar uma incongruência com a ideia da saúde integral da mulher, delimitada pela PNAISM (BRASIL, 2004).

Apresentando uma visão fragmentada da saúde dessa mulher a partir do momento em que ela se encontra grávida, Warmling *et al.* (2018), ao pesquisar como se integram, no percurso das ações de cuidado até o momento do nascimento, as práticas dos médicos generalistas e as dos médicos especialistas, encontraram o enfoque ao especialismo marcando os cuidados das mulheres gestantes. No contexto de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que eles exploram, se apresenta oficialmente o discurso da humanização, no qual é privilegiado o modelo generalista onde um médico generalista é responsável pelo cuidado da gestante, sendo consultado quando necessário o obstetra, um especialista. Dessa forma, vimos, com a história de Tarsila, que as atenções de seu cuidado são voltadas à gestação e não à integralidade de saúde.

5.3.5. A assistência ao parto: ainda uma questão de “sorte”?

As mulheres da **Geração 3**, após narrarem suas chegadas, seguem pormenorizando as experiências do parto. Em especial aquelas com experiências de partos vaginais falam do momento com mais detalhes do que as mulheres da Geração 1. Mariana fez um relato extenso sobre sua relação com equipe. Ela tematiza uma confiança construída e identifica os profissionais que a assistiram “conscientes do parto normal”, se referindo ao movimento do parto humanizado. Ela diz que “pegou” essa equipe, dando a entender que poderia ser uma outra e não ter a mesma experiência, qualificando sua condição como uma espécie de “sorte”.

Reconhecidamente, a sua narrativa contou com os nomes de procedimentos e técnicas e de maneira a qualificar sua experiência. Ela trouxe explicitamente – pela primeira vez dentre as entrevistadas – a discussão da violência. Ela ativamente usou dessa classificação parecendo acionar a categoria violência obstétrica, sinalizando ter consciência de que procedimentos seriam em sua maioria violadores (a aplicação de ocitocina, rompimento manual de bolsa, restrição de alimentação, ingestão de líquidos e deambulação etc.) e com isso ela pareceu checar o que ela viveu e não viveu, classificando se foi uma violência ou não.

A discussão a respeito da violência na assistência ao parto, que se iniciou, como já

discutido, sobretudo entre diferentes categorias profissionais da área de saúde e estudiosas, foi sendo levada e discutida também pelas usuárias dos sistemas de saúde, de maneira especial pelas mulheres mães. Sobre a concepção desse conceito, ao chegar às usuárias, se observa um movimento defensivo em relação às más práticas, combatido pelas propostas de humanização que além de outro entendimento do parto traz práticas baseada em evidências científicas e respeito a parturiente (CARNEIRO, 2011).

Sobre as intervenções, Mariana reconheceu algumas como ações que lhe passaram confiança e que ela identificou como genuíno cuidado. Ao nomear esses procedimentos, se nota que são marcadamente aqueles menos invasivos, como a companhia da enfermeira obstetra a todo tempo, a cada contração medindo os batimentos cardíacos do bebê e a assegurando que estava tudo bem com ele. Concluiu que a médica “deu toda assistência que precisava”, o que nos faz refletir sobre uma assistência na ordem do suficiente em uma relação singular. Isso reaparece quando diz: “E, a todo momento, ela respeitava o meu limite”.

Sobre esse limite, ela evocou a importância de uma relação de troca com a equipe. Relatou que ela foi ouvida a todo momento. Cita situação que disse que foi “grossa” com os profissionais e pediu para que fechassem a porta pois estava incomodada com o grande fluxo de pessoas na sala. Sem argumentações, seu pedido foi acatado. Com isso, sinalizou reconhecer que todos os presentes trabalhavam para seu bem-estar.

Com esse olhar, Mariana, ao falar das tecnologias usadas em seu parto, como a ocitocina já mencionada em outras narrativas, o faz de um lugar diferente. Ela legitima o uso delas trazendo uma noção de uso não indiscriminado e sobretudo com um entendimento de seu consentimento como parte importante no processo.

Minha bolsa foi rompida na hora e não considero como uma violência porque a médica veio e me explicou todo o procedimento que ela poderia fazer, pediu meu consentimento, eu consenti porque eu já estava ali há muito tempo, já estava há umas duas horas e meia e com dez de dilatação e nada, então eu preferi para acelerar e realmente acelerou a descida dela. E também, quando eu já estava ficando sem forças, a médica me orientou ao uso da ocitocina, no primeiro momento eu também não quis e ela também me respeitou. No segundo momento ela me perguntou se eu não queria realmente e aí eu falei: “Não, agora eu quero, preciso dessa ajuda” E ela também me respeitou na hora da aplicação e me explicou o que ia acontecer. (Mariana)

Mariana afirma não ter sofrido violência ao falar dos procedimentos justamente por essa realidade contar em grande medida pelo uso rotineiro, danoso e sem evidências científicas de tecnologias do parto. Em contrapartida, ela relata intervenções realizada no contexto de suas necessidades.

Ela contou com mínimos detalhes até a posição em que a filha nasceu, dando a entender que tudo ocorreu a partir de sua plena consciência e consentimento. Se referiu a uma espécie

de “tabela” mental de um parto humanizado para chegar à conclusão que teve um parto que considera “humanizado” com uma série de elementos “cumpridos” em sua assistência. Sua tabela incluía uma série de parâmetros usados para a avaliação em políticas públicas de uma assistência humanizada, como estímulo à amamentação e ao vínculo precoce, incentivo ao parto normal e vertical e presença de acompanhante escolhido pela mulher (TORNQUIST, 2003).

Por outro lado, Olívia contou outro tipo de assistência ao seu parto que aconteceu na mesma maternidade que Mariana. Também com muitos detalhes, Olívia falou sobre seu parto discordando sempre com o cuidado (ou falta dele) que lhe foi oferecido. Ela relatou que esteve horas em trabalho de parto em uma enfermaria sem mais parturientes e sem muita visita de profissionais que pudessem acompanhar sua evolução. Nesse cenário, disse que recorreu a seu acompanhante para que chamasse pessoas para vê-la, já que ambos não receberam muitas instruções além do que ouviram da médica quando foram admitidos na internação: “Me internaram e eu fui para a sala de pré-parto e ali eu fiquei sozinha, só eu e meu esposo, sem ninguém, ninguém. A única coisa que a médica falou foi sabe o quê? “Se você sangrar, manda me chamar” Só! Só isso que ela falou.” Nessa perspectiva solitária, em contraste com Mariana, avaliou que com ela não aconteceu um parto humanizado: “Olha, eu me mordida, sentia muita dor. Esse negócio de parto humanizado, sentar na bola...nada comigo teve. Ficou só eu e meu esposo”. O que a vemos mencionar é o abandono de leito, já relatado como medo de muitas entrevistadas e, aqui, se nota o que se observa na literatura – mencionada na geração anterior, sua situação parece basear-se em uma atitude punitiva principalmente por parte da médica que a assiste.

Olívia falou que a partir da ausência de profissionais e da pouca clareza do que deveria esperar ou fazer, passou por momentos de grande receio e medo. Essa condição se refletiu na evolução do próprio parto, em que relatou sentir ter passado muito tempo e, segundo ela, pareceu estar demorando muito para “dilatar”. Ela disse que parte de sua calma na situação que viveu no parto veio de sua preparação no pré-natal, como menciona a fala de uma das enfermeiras que a acompanhou: “Sorte que ela me falou: ‘Não entra em desespero. Fica calma porque vai dar tudo certo. Seu bebê é saudável, você também, não tem problema nenhum. Sua pressão não vai aumentar, não vai abaixar. Não vai ter problema nenhum’”. Esse entendimento se alinha com esforços da humanização do parto que passam a envolver de forma imprescindível a preparação da mulher ao longo do pré-natal (BRASIL, 2004). Dessa forma, o que se busca é o acolhimento da mulher e sua família no serviço de saúde para desenvolvimento de estratégias para que a mulher possa viver o trabalho de parto e o parto como eventos fisiológicos, de forma que conscientemente ela seja protagonista no processo. Dialoga-

se também, com a ênfase já mencionada do contato com informações, como parte das estratégias de prevenção e enfrentamento do fenômeno de violência obstétrica (JARDIM; MODENA, 2018). Isso porque Olívia relata que as informações e orientações ainda no pré-natal fortaleceram suas concepções de suas condições para o parto.

Essa experiência solitária foi atravessada por momentos de hostilidade, muitas vezes por falas que se assemelham àquelas ouvidas pela Geração 1. Olívia contou que a médica sempre se mostrava impaciente quando chamada para checá-la e era ríspida ou mesmo indiferente frente aos desabaços e às falas da parturiente. Em determinada situação, quando expôs a sua dor após a médica constatar 5cm de dilatação, a profissional a contestou: “Ué? Aguenta! Você não quis?”. Ela observou que a médica pedia algo sem levar em conta o que era possível para ela no momento, condição ignorada a todo momento apesar de ela sinalizar: “como eu vou colaborar se eu não sei o que fazer. ‘Ah, você agachar’ e eu ‘Não dá. É muita dor. Eu não tenho esse instinto de fazer força quando a dor vem’ A dor era tanta que a sensação era que eu ia desmaiar.”

Indo além do reconhecimento de agressões verbais, como a citada como um ato de violência obstétrica, podemos observar como a situação se apresenta como um confronto direto da concepção de procedimentos voltados à prática médica voltada para o bem-estar da paciente. Nicida (2018), em estudo da análise dos manuais de obstetrícia, observa justamente que não são mencionados procedimentos sobre uma atuação ativa da mulher nas decisões e nos procedimentos adotados. Nesses compêndios, a obstetrícia é vista com a função de “ditar” regras e ser responsável pela tomada de decisão dos procedimentos do parto e, para isso, é o profissional o foco das condições dos exames e intervenções. Seu estudo nos ajuda a entender por que, apesar dos movimentos e das transformações nos cuidados à saúde materna e neonatal com recomendações preconizam de boas práticas, ainda vemos em situações como a narrada por Olívia, marcada por uma relação profissional-usuária autoritária, um tratamento discriminatório, assim como a banalização da dor e do sofrimento.

Nesse contexto de descuido, Olívia retratou o total pavor que a faz chegar ao pensamento da possibilidade da morte – como já vimos tematizada em outras situações de grande sofrimento de outras gerações – que a motivou tanto a buscar mudar o planejamento para algo que considerava mais seguro quanto também, ao final, a pressionou na própria evolução do parto.

Aí ele [o esposo] foi lá, chamou ela e ela deu o toque: “três centímetros ainda” E eu falei: “Gente, eu não tenho passagem. Pelo amor de Deus, vocês vão me matar. Matar meu filho. Faz uma cesárea em mim. Induz esse parto, faz alguma coisa”. Eu virei para [o esposo] e falei: “Eu não aguento mais. A gente vai morrer aqui, me tira daqui. Vamos para outro hospital fazer uma cesariana, a gente paga” e eu para ele: “Eu

prometo que não vou querer mais lanche, não vou querer mais nada, não vou gastar mais dinheiro para pagar essa cesárea. Porque eu estou com medo de [bebê] não vingar”. Eu estava com medo do pior acontecer com meu filho. (Olívia)

A cesárea é apresentada em seu relato como via de parto mobilizada pelo medo já mencionado por outras mulheres, mas, em sua vivência, ele se encontra eminente. Temor não acionado apenas pela escuta das experiências de outras mulheres; ao pedir a cesárea, ela busca evitar a morte dela e da criança. Isso porque ela entendeu que assim seria feita alguma coisa sobre sua situação num contexto solitário e hostil.

O medo da morte também impacta a maneira em que pariu. Na última vez em que a médica esteve com ela, não conseguiu escutar os batimentos através do exame e a médica não lhe deu informações sobre como estaria o bebê, como que a punindo por não fazer o que ela queria ou esperava. Nesse contexto, seu parto repetiu o ocorrido com a sua avó Odete, com um parto se dando “no vaso”. Isso porque ela, muito nervosa por não ter ouvido o coração de seu bebê, chegou a pensar que “o pior tinha acontecido”. Apenas 10 minutos depois da saída da médica, com ela sentido a urgência de se aliviar, ela foi até o vaso e ao fazer força sentiu o bebê saindo. Ao tempo em que ela e o esposo conseguiram chamar uma profissional, o bebê já havia sido retirado por Olívia. Ela relatou como isso a fez perceber que poderia ter um mau desfecho:

Eu pensei já em tudo porque ninguém quer engravidar e perder um filho, ainda mais a forma como eu fui tratada. Podia acontecer muito isso, muito porque eu fiquei lá sem ninguém, sem um enfermeiro, sem ninguém, entendeu? (Olívia)

Dando sentido ao desfecho positivo, Olívia trouxe sua visão religiosa para dar sentido àquela experiência, relatando forças a auxiliando naquele. Para além disso, traz um discurso do poder da resiliência feminina: “A gente é um bicho, Beatriz. A gente é uma leoa. Você não tem ideia do que nós, mulheres, somos para defender e para colocar a cria para fora. É um momento ímpar na nossa vida.”. Com vias a trazer sentido à uma experiência negativa, são acionadas categorias vistas em gerações anteriores em que há o entendimento de uma força inata disponível da mulher para sua cria, um instinto para cuidado independente de suas necessidades serem atendidas (BADINTER, 1985; VIEIRA, 2002). Interessantemente, é um discurso que retoma o protagonismo perdido por essa mulher, por mais que a fragilize a colocando como única responsável pelos cuidados e desfechos.

O bebê nasceu na sala de pré-parto, bem na troca de plantão. Olívia contou que, dali em diante, a sala em que está enche. Profissionais da equipe checam como ela está, auxiliam na retirada de placenta e a encaminham para levar a sutura. Nesse momento, ela se lembrou e demandou a inserção do DIU, feito conforme seu desejo. Esse método contraceptivo planejado

em seu pré-natal se torna a fuga de uma experiência semelhante a que tinha acabado de viver. Fez o pedido com a seguinte frase: “Ah, eu quero. Não quero passar por isso de novo não”. Avaliou sua experiência com grande impacto para outras mulheres que desejaram ter filho como ela. “Antes eu não tinha tanta certeza, hoje eu tenho certeza que não quero mais filho”. Apesar do método ser mencionado pela primeira vez dentre as entrevistas, sua motivação muito se assemelha àquelas vistas anteriormente com a esterilização, sobretudo da **Geração 1**. Isso porque aqui também é mencionado uma “traumatização” da experiência do parto e o método contraceptivo tendo o papel de afastá-la da possibilidade de viver a situação novamente.

Em contrapartida, vemos uma narrativa rápida nessa geração, como nas anteriores, associada à cesariana. Contudo, temos duas reflexões diferentes daquelas sobre essa vivência. De um lado, Carolina falou que mudou de concepção sobre a cesárea após vive-la. Segundo ela, antes via a operação como algo automático, mas por classificar seu parto enquanto um momento especial, ela não se arrependeu e passou a olhar com outros olhos.

Já Tarsila trouxe um movimento oposto. Achou a cirurgia rápida e sem atenções para o momento. Ao contar como aconteceu, caracterizou o momento como “robótico”, fez a comparação e refletiu que seu parto não teve nada de “mágico” como escutou das amigas que tiveram um parto normal na rede pública. Citou como um dos elementos da “magia”, a presença de doulas, se aproximando da descrição de uma perspectiva humanizada do nascimento: “...só que, assim, eu achei muito rápido. Não sei se é porque eu fantasiava as histórias de umas amigas que tiveram parto normal na rede pública e me falaram que tiveram uma experiência muito, assim, mágica: “Mas fora isso, ele tirou o bebê, costurou, foi, acabou e não me deu nem tchau. Pronto! Foi embora. Ele bateu no meu ombro: “Ah, tá tudo bem agora, já nasceu. Estou indo”, foi embora.”.

Ela também refletiu que, pela condição que chegou no hospital – com 5,5 cm de dilatação, sem dor e com a bebê “encaixada” – além das dimensões da bebê, ela teria um “parto normal tranquilo”. Contudo, relatou que já tinha “trabalhado na cabeça” que isso não seria possível por causa de sua hérnia. Ao trazer o entendimento do parto “sem emoção”, reavaliou dizendo que acreditava que seria possível ter sua filha por um parto vaginal se tivesse conversado mais sobre essa possibilidade. Sua avaliação exemplifica o apontamento feito por Rocha e Ferreira (2020), que percebem que a via de parto vai além de um desejo por parte das mulheres, isso porque depende do acesso às orientações durante o período pré-natal e envolve também atravessamentos familiares e culturais.

Não é apenas no contexto de Olívia que é narrada a situação da solidão no parto. Tarsila, realizando uma cesárea em um contexto de assistência de plano de saúde, também fala de um

abandono. Seja pela (não) atenção dos profissionais que conversavam de seus cotidianos enquanto faziam o procedimento, ou por seu esposo, que estava com ela, mas com o nascimento foi acompanhar os procedimentos feitos na bebê e ela ficou ali, apenas esperando acabar aquele momento. Sinalizou que se sentiu deixada de lado, com a atenção dos envolvidos parecendo estar em outro lugar – seja no café que os médicos conversavam ou na bebê observada pelas enfermeiras e seu marido. Disse que pareceu sair de cena em diversos momentos, sobretudo no nascimento: “A única que foi procurar ver como eu estava foi a minha mãe. Então, assim, nasceu, todo mundo quer ver o neném. Esquece que a mãe está ali”. Esse nascimento aponta o outro lado do parto medicalizado e hospitalar, sinônimo de modernidade, segurança e ausência de dor, já que por ser uma prática eminentemente médica, ela é encerrada junto à ação desse profissional, independente das expectativas subjetivas ou afetivas da mulher que naquela relação é vista como um objeto de intervenção.

A **Geração 3**, no geral, parece seguir os questionamentos levantados por algumas mulheres da geração anterior, tendo maior vocalização as mulheres assistidas pela rede pública que tiveram partos vaginais, questionando de maneira direta, não apenas individual, mas estruturalmente. Mariana refletiu sobre sua experiência como um movimento de desconstrução por entre as gerações de sua família ao dizer que teve uma experiência positiva em meio a tantos relatos de sofrimento e perigo:

Uma experiência muito positiva, inclusive a única da minha família porque ninguém queria ter parto normal. Mas também ouvi um pouco das experiências dela, então assim, eu desconstruí muitos mitos da minha família em relação a isso e para mim foi ótimo. (Mariana)

5.3.6. “Não foi no susto, a gente se preparou bastante”: a possibilidade de complexificação do papel do acompanhante

Na **Geração 3**, pela primeira vez vemos todos os partos contarem com acompanhantes. Para além da constância, podemos pontuar que seu papel também parece ter se complexificado para além de ser apenas aquele homem que pode estar ali porque contribuiu para a geração daquele bebê que nasce.

Sobretudo as mulheres que passaram por um parto vaginal tematizam o papel ativo de seus esposos, que foram seus acompanhantes em ambos os casos. Mariana disse que o nome “acompanhante” seria insuficiente para nomeá-lo, contou que ele foi personagem essencial. Ela disse acreditar que além de uma ótima equipe, foi a presença segura dele, que estudou e se preparou junto com ela, que garantiu um bom prosseguimento no parto. Também mencionou

uma presença anterior em que ele participou da elaboração do plano de parto, estando consciente de todos os parâmetros, desejos e limites que ela desejava. Dessa forma, ele teve o papel de monitorar e fazer valer na prática tais desejos quando ela não tinha condições – por estar cansada ou com muita dor. Mariana fala dele como responsável pela mútua geração da criança e, por esse motivo, diz que exigiu sua participação em todo o caminho, mas ele enxergava a situação da mesma forma.

Mesmo relatando ter uma experiência marcada por descuidos, Olívia identificou como importante a interação do acompanhante no decorrer do parto. A presença de um acompanhante modula uma narrativa de passagem do tempo e a solidão, que traz todo um cenário de dor e sofrimento. Assim, ao mesmo tempo em que Olívia trouxe a ausência de outros personagens, ela fala de seu esposo, seu acompanhante, nesse cenário. Ele cuidou dela, expressando ao longo do caminho sua preocupação e moldando os comportamentos que ele julgava serem perigosos ou desafiantes ao limite dela. Juntos, passam pela solidão física e psíquica e pela ausência de instruções na assistência que tiveram.

Já naquelas que tiveram parto cesárea, a forma de envolver o acompanhante diferiu. Carolina falou da importância de ter seu marido com ela no momento do parto. Contudo, sinalizou que, diferente do que pensou inicialmente, ele não ficou desde o início do seu lado, ele só foi chamado próximo do momento de a bebê nascer. Ela se refere a esse momento como quando ela estava “preparadinha”, conforme demanda do centro cirúrgico (e não de sua própria). Ainda assim, não viu grandes problemas com a situação e pontua que ele teve papel importante até o momento do pós-parto.

Tarsila, por sua vez, trouxe seu acompanhante, seu esposo, como um espectador. Não o referiu como alguém preparado para auxiliá-la naquele momento. Disse que ele esteve muito impressionado enquanto ela tentava “manter a calma”. Marcadamente, ela apontou a diferença de ela ter pesquisado sobre o parto e ele não – um fato marcado como essencial para Mariana como vimos logo acima.

Com isso, vemos a importância que um acompanhante pode ter. As mulheres da atual geração apresentam, em contraste aos relatos sem acompanhante, sobretudo das mulheres da Geração 1, uma forma de contar a experiências sendo menos agudo o sentimento de solidão e fragilidade. Podemos, ainda, observar pelos relatos que não se trata apenas de uma presença física, já que parecem ser mais bem sucedidas as companhias que se encontram igualmente informadas e envolvidas no processo gestacional como um todo.

Temos a classificação da participação do acompanhante como uma prática comprovadamente útil e que deve ser estimulada, sobretudo por ser baseada em evidências

científicas (OMS, 2000). Estudos como o de Doudou *et al.* (2014), ao explorar os impactos dessa vivência na perspectiva das puérperas, sinalizam a importância da inserção dos acompanhantes desde o início no contexto da gestação, para que tenham acesso a atividades educativas e para que possam, de fato, contribuir com a parturiente. Isso é apontado corroborando as recomendações da OMS, dada a observação da contribuição de um suporte contínuo para o bem-estar físico e emocional, que reduzir os sentimentos de solidão, a ansiedade e os níveis de estresse bem como aponta para redução de complicações.

Nessa temática, a pandemia também teve um papel de potencializar a escolha desse personagem. Isso porque todas pontuaram o fato de, por causa dos protocolos sanitários nas unidades de saúde, a pessoa escolhida para ser acompanhante ficava ao longo de todo o período da estadia, não sendo permitido a troca de pessoas ou mesmo a saída daquela escolhida. Com isso, elas foram acompanhadas integralmente ao longo de suas estadias. Situação que foi tanto produtora de segurança – por contar com a presença dessa figura importante – quanto razão de estresse pela logística, uma vez que o acompanhante não tinha autorização para voltar ou trocar com outra pessoa caso saísse por qualquer motivo, sendo obrigado a ficar ao longo de toda estadia da mulher.

Apesar de termos relatos apenas da “lei do acompanhante” ser cumprida (BRASIL, 2005), vemos, enquanto cenário dessa geração, a criação da Lei no 12.895, de 18 de dezembro de 2013, 8 anos depois da lei supracitada que determina a obrigação de manter, em local visível, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante (BRASIL, 2013). A própria existência dessa lei parece apontar para uma realidade onde a primeira lei não parecia estar sendo cumprida efetivamente. Como já foi visto na geração anterior, o foco da presença do acompanhante se apresenta como uma garantia de direitos, de recursos de cuidado para essas mulheres.

5.3.7. Do berçário ao contato pele a pele: diferenças no contato com os bebês

Ao contrário da unanimidade da presença dos acompanhantes, o relato do encontro das mulheres com os bebês pela primeira vez foi variado na **Geração 3** e não foi tematizado por todas. Carolina foi a única da geração que, passando por uma cesárea na rede privada, não apresentou informação sobre o encontro, mas falou, assim como as mulheres da geração anterior, de um contexto de muitas intervenções da equipe sobre o momento de nascimento. Comentou do berçário no hospital do parto, dando a entender que houve um momento de separação mandatória de mãe e bebê.

Tarsila, em sua cesariana, falou de um breve toque em sua bebê assim que ela nasce, quando a equipe mostra a criança a ela. Mediada pelas mãos da equipe, a bebê foi logo afastada para receber os cuidados julgados necessários, procedimentos que foram acompanhados de perto pelo acompanhante, já que ela não poderia acompanhar por estar sendo suturada. Após esse momento, só levaram a ela a criança quando ela estava no leito, quatro horas depois. Esse contato foi feito junto com diversas orientações, tais como a pegada correta para a amamentação, o primeiro banho com a técnica correta, entre outras.

As mulheres da Geração 3 que tiveram partos vaginais na rede pública relataram o contato instantâneo como seus bebês, reconhecido como um ‘fechamento’ do momento do parto. Mariana contou que teve a sua “hora dourada respeitada”⁸ com o bebê ao nascer, sendo conduzido imediatamente ao contato pele a pele com ela. Ela conta que ficou uma hora com a bebê e pode logo amamentá-la. O pai também teve um momento extenso de contato com a bebê – que ela chamou de “hora de ouro dele” – durante esse período ele pôde cortar o cordão umbilical e acalentá-la sem camisa fazendo também um contato pele a pele nos primeiros momentos de vida da bebê. Contar esse momento levou-a à conclusão na história que contava de que teve todos os elementos de um parto que ela considerava “humanizado”.

5.3.8. “Então depois de todo o sonho que eu vivi eu tive esse baque”: a (des)continuidade do cuidado no pós-parto hospitalar.

Todas as mulheres da **Geração 3** trazem relatos do momento após o parto, ainda dentro das unidades que foram atendidas. Nesse momento, acessamos ao entendimento de uma continuidade (ou não) do cuidado recebido. Olívia, por exemplo, pontuou como foi diferente a assistência recebida com a troca de plantão que ocorreu ao mesmo tempo que o bebê nasce. A nova equipe a fez sentir acolhida e a partir de então teve a oportunidade de estar com profissionais que garantiram seu cuidado e um espaço de escuta. Mencionou a presença de uma psicóloga com quem pôde “rasgar o verbo”, contar que não foi acolhida como deveria, sinalizando que isso deveria ser conversado internamente para evitar que pessoas sejam “largadas” como ela foi. A profissional validou o seu relato e, em contrapartida, a orientou a levar a situação à ouvidoria e a assistência social, como ela fez.

⁸ Ou “hora de ouro” como é denominada a promoção do contato pele a pele iniciada imediatamente após o nascimento e ser contínuo durante a primeira hora de vida do bebê, segundo (PASQUALOTTO; RIFFEL; MORETTO, 2020), se relaciona a esforços para acalmar o bebê e a mãe, auxiliar na estabilização cardiorrespiratória do bebê, reduzindo seu choro e estresse, mantendo-o aquecido, favorecendo o aleitamento precoce e auxiliando na formação do microbioma humano.

Ela falou: “[*Olívia*], escreve isso. Bota na ouvidoria, coloca na assistência social” e assim eu fiz. Porque isso foi uma negligência médica e eu falei para ela: “Eu não quero que isso aconteça com outras pessoas. Assim como eu sou mãe de primeira viagem, eu quis meu filho, meu sonho era ser mãe. Tem outras pessoas que querem isso. (*Olívia*)

Mariana, assistida na mesma unidade, contou uma experiência inversa: ao passo que se sentiu bem assistida no parto, foi em sua estadia no pós-parto que ela encontrou descuido. Isso porque após uma noite com dificuldades na amamentação, a bebê foi diagnosticada com icterícia, o que além de dificultar ainda mais a alimentação – com a bebê mais fraca – também aumentou o tempo de estadia deles, já que a bebê precisaria de três dias de fototerapia. No fim, ela relata que ficou cinco dias.

A enfermeira que levou o aparelho de fototerapia apresentou a terapia de maneira curta e mandatória, colocando tanto a mãe quanto o pai em uma posição de responsabilidade sob qualquer efeito negativo do procedimento. A profissional colocou em duras palavras que eles não poderiam acalentar a bebê ou mesmo mexer ou ajeitá-la, com o risco de a bebê ficar cega (com mau uso dos óculos) ou mesmo de não ficar boa (se não ficasse exposta por tempo suficiente). Assim, para ela, apareceu o medo da morte como *Olívia* e outras mulheres de outras gerações sinalizaram. Mariana avaliou ter sido maltratada nesse momento e mostrou um choque em relação a todo o processo humanizado – como classificado por ela – de seu parto.

Então depois de todo o sonho que eu vivi eu tive esse baque. E minha filha passou a noite inteira chorando porque eu sabia da importância da foto e não ia tirar ela por qualquer coisa. E eu passei a noite chorando de um lado e ela de outro e meu esposo de outro. (*Mariana*)

Além desse episódio com a enfermeira que introduz a fototerapia de maneira impositiva e, segundo ela, “desumana”, ela falou da dificuldade de encontrar uma profissional que a ajudasse com a amamentação– situação que causou muita angústia. Isso se deu, segundo ela, pelo horário das profissionais especializadas no assunto, que trabalham em horário comercial. Ela relatou ter desistido de amamentar por não ter as orientações necessárias, indo pedir a indicação da fórmula para a médica de plantão. Com esse cuidado pós-natal, ela evidencia a violação não apenas por um tratamento rude, mas também pela falta de qualquer tipo quando preciso.

Ainda assim, com outro plantão, Mariana conta que passou a ser acolhida para conversar sobre essas situações, com outros profissionais cuidando de seus receios frente à amamentação e flexibilizando o uso da fototerapia para garantir o colo para a bebê e tranquilidade para os pais. Ela também cita, como *Olívia*, um serviço de psicologia que a assistiu, inclusive a orientando a fazer uma reclamação na ouvidoria sobre esse o ocorrido com a enfermeira que

introduziu a fototerapia, já que a postura não era a “padrão” e não deveria ter acontecido dessa maneira. Assim, vemos na assistência do pós-parto, com percalços de Mariana e na assistência considerada positiva de Olivia, o aceno para importância de uma equipe multiprofissional para um cuidado humanizado e integral, com exemplo no papel da psicóloga e da – falta – da técnica de amamentação.

Em fevereiro de 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 353 (BRASIL, 2017) aprovando as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Esse documento, elaborado por um grupo multidisciplinar, estabelece parâmetros sobre o parto normal no Brasil apresentando informações qualificadas com o intuito de orientar profissionais e mulheres sobre as práticas de cuidado adequadas, para que possam ser capazes de tomar decisões conscientes em relação ao modo de assistência ao parto e nascimento. É marcante a construção desse documento pelo esforço coletivo de diferentes partes do Ministério da Saúde, de outras instituições, associações de profissionais e sociedade. Resultou-se uma importante adaptação de documentos internacionais sobre o assunto em constante diálogo com as demandas de humanização e direito das mulheres, evidenciando uma diluição da hegemonia da medicina na produção do cuidado do parto. Além dos profissionais mais reconhecidos, como obstetras e anesthesiologistas, há novas entradas, com as doulas, e ainda a reformulação de papéis de categorias, como a da enfermagem e das obstetras, que apresentam diferentes saberes e discursos sobre mulher e seu cuidado.

Autores como Maia (2010) retratam como a inserção de outros profissionais apresentam inúmeros desafios em sua implementação, haja vista o embate de modelos de parto e *ethos* profissionais diferentes⁹. Com as experiências que vemos relatadas aqui e em outras pesquisas, outras figuras de cuidado em saúde trazem contribuições positivas para a continuidade do cuidado.

5.3.9. “Tem o puerpério também que a mulher passa...”: da recuperação às adaptações

⁹ Maia (2010) ilustra as diferentes tematizações do processo da assistência ao parto apresentado o *ethos* profissional da medicina hegemônica, focado na cura dos processos patológicos e o *ethos* profissional da enfermagem obstétrica humanizada, tomando o cuidado e assistência aos processos fisiológicos. A medicina, associando a noção de imprevisibilidade do parto – realidade da experiência fisiológica – com a ideia de perigo e risco, justifica práticas padronizadas e intervencionistas. Já a enfermagem obstétrica, reformulada pela humanização, concebe a mesma imprevisibilidade individualmente, elaborando um plano e medidas de contingenciamentos específicas para a experiência de um parto em particular. Assim, o risco inerente não é uma ameaça apriorística, mas uma possibilidade avaliada durante o processo do pré-natal e parto singular.

Na **Geração 3**, as narrativas das recuperações se descolam do relato de aspectos físicos ou sintomáticos. Carolina falou que as atribuições após o parto dificultaram. Assim, apesar de boa cicatrização, caracterizou a recuperação como “um pouquinho difícil”. Ela apontou o “puerpério”¹⁰ como “efeito complicador”, nomeando o momento de maneira casual e breve, dando a entender ter sido um período que se sentiu fragilizada complicando sua recuperação e primeiros dias com nova rotina. Trouxe a caracterização de um momento difícil, ligado ao sofrimento, mencionando: “Tem o puerpério também que a mulher passa...”.

O reconhecimento do período do puerpério com esse nome é apresentado pela primeira vez ao longo de todas as gerações entrevistadas. Junto a ele, Carolina menciona a dimensão da importância do cuidado da saúde mental no período que envolve o ciclo gravídico puerperal. Ela evidencia a ajuda que algumas mães podem precisar e como isso não deveria ser um problema, citando amigas que precisaram dessa ajuda e ficaram muito melhor depois.

Tarsila também mencionou nominalmente o puerpério falando de questões psicológicas do momento, se referindo principalmente ao questionamento de sua capacidade de dar conta das necessidades do bebê. Por outro lado, falou da realização que se sente ao “dar conta de tudo”, sendo enriquecedor no seu caminho de adaptação: “É muita coisa para assimilar, muita coisa para adaptar e, a verdade é que aos poucos tudo vai tomando forma.”. Apesar de sinalizar que muita coisa é voltada ao bebê, diz que entende que no puerpério a ajuda de outros deveria ser voltada à mulher, já que para a criança já estão garantidos os cuidados da mãe. É nesse sentido que ela mencionou as adaptações necessárias com a vinda do bebê: “Foram 15 dias intensos de adaptação, 15, 20 dias, que são, assim, mais puxados, né. Porque é adaptação de sono, é adaptação de amamentação, é adaptação de... nossa... é o corpo voltando para o lugar, é a adaptação da casa, de tudo.”.

Relacionado a atual geração aos momentos de fragilidade, se tematizou a rede de apoio nesse momento após o parto. Essa geração traz outro entendimento em relação ao papel do esposo no lugar de cuidado, como personagem mais integrada nessa experiência. Tarsila e Carolina falaram do apoio de seus maridos, mas sinalizaram que falta de experiências de ambos em sua primeira gravidez os colocava em lugares semelhantes. Já Mariana trouxe a reflexão sobre a importância irrestrita do companheiro desde a preparação ao parto para o qual estuda

10 É denominado pelo manual técnico sobre pré-natal-natal e puerpério como: “Estado de alteração emocional essencial, provisório, em que existe maior vulnerabilidade psíquica, tal como no bebê, e que, por certo grau de identificação, permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptando-se ao contato com ele e atendendo às suas necessidades básicas.” (BRASIL, 2006, p. 38)

junto.

Tarsila também mencionou a realidade da amamentação com um ponto de vista diferente do que foi trazido na geração anterior pela Márcia. Em seu outro lado, ela contou que pôde amamentar a sua filha por bastante tempo, relatando seu desejo inicial, caracterizando o ato como saudável para sua filha e ela. Contudo, sinalizou seus limites com a prática, por ter mudado a visão de um momento importante e mágico para ela para uma situação desconfortável e que cerceia seu conforto. Em suas palavras, chegou a um estado de “dano psicológico” devido à sensação ruim promovida pela continuação da amamentação naquele contexto. Foi depois que a filha pode dormir no próprio quarto e deixar de mamar que ela confessou que “se sentiu ela novamente”. O relato de Tarsila nos aponta o impacto deletério que generalizações de quaisquer medidas, mesmo as humanizadoras – como é visto o incentivo à amamentação – que acabam por se tornar normalizadoras.

No próximo capítulo, nos debruçaremos a discutir as vivências de violências e violações conforme foram trazidas pelas mulheres entrevistadas. Busca-se entender tais nuances e relações como tendo uma compreensão social e cultural, bem como apontado por Tornquist (2003) e tantos outros autores.

6. VIVÊNCIAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENTRE AS GERAÇÕES

Os significados atribuídos pelas mulheres aos percursos de suas vidas, articulando valores e ações com contextos sociais mais amplos, também situam o papel da violência obstétrica. Para isso, observamos os sentidos atribuídos às interações estabelecidas com as equipes de saúde, os papéis atribuídos e desempenhados pelas mulheres no parto e pré-parto, pelo acompanhante no parto, os sentidos atribuídos às técnicas utilizadas na assistência recebida – desde o acolhimento até as tecnologias e procedimentos aplicados no momento do parto –, os atravessamentos de raça, classe e gênero. Diversos estudos na literatura existente discutem, a partir desses parâmetros, episódios de violência obstétrica (AGUIAR, 2010; BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017; DINIZ *et al.*, 2015; BARROS DE SOUZA *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Como nos apresentam Diniz *et al.* (2015), a “violência obstétrica” se constrói como uma categoria marcada pela polissemia de termos que convergem ao fazerem, por diferentes meios, uma observação e descrição das diversas formas de violência ocorridas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal. Neste mesmo artigo, entre a grande amplitude dos descritores possíveis para abordar o tema, uma definição é destacada pertencendo a “*Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*” da Venezuela, país pioneiro na tipificação dessa violência:

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (TESSER *et al.*, 2001 *apud* Diniz *et al.*, 2015, p.3).

Essa definição observa situações em que a assistência prestada à mulher a destitui da autonomia na experiência de seu parto. Tal entendimento nos ajuda a conjugar criticamente a medicalização, seu recorte de gênero, o controle social à atenção ao parto.

Com interesse em examinar a categoria para além de uma definição, observando as lutas presentes no campo de diferentes discursos que a constroem, Oliveira (2019), ao realizar uma análise genealógica, leva em conta que o entendimento do que é violência obstétrica envolve um deslizamento entre pautas e atores que imputam nas mulheres que vivenciam tal cenário certo significado de si e do processo de parto. Ela identifica que a violência obstétrica circula em três campos discursivos diferentes: saúde, direito e movimentos sociais. Nesses campos, seus enfoques e perspectivas se transformam conforme os atores que articulam esta categoria

em usos de termos que não são idênticos, mas se atravessam e convergem em alguns aspectos.

Ao contar com as categorias geracionais e familiares, buscamos adentrar em um dos questionamentos feitos por Oliveira (2019) ao final de seu marco teórico: “que mulher pode falar de violência obstétrica?”. A autora localiza a mulher gestante de baixa renda usuária do Sistema Único de Saúde como sujeito subalterno que instiga a análise crítica das ordens discursivas que compõem a categoria da violência obstétrica. Seriam essas mulheres que, com suas experiências de violência, as relatam como situações usuais, sem concepção de mudanças possíveis ou mesmo necessárias, o que poderíamos chamar de banalização da violência obstétrica (AGUIAR, 2010, DINIZ *et al.*, 2015). Segundo Oliveira (2019), temos o desafio de ouvir essas vozes silenciadas por não constituírem as camadas sociais dominantes.

As entrevistas das mulheres da **Geração 1** são curtas e nada lineares em um ponto de vista temporal. Essas características contam não apenas de um aprofundamento ou cadência, mas falam do lugar em que elas contam suas histórias. Por mais que estivéssemos – mesmo com as limitações dos meios digitais – em ambientes mais descontraídos e familiares, por mais que elas sinalizassem estar dispostas a compartilhar as suas histórias, era notável que o tom de suas narrativas era de um aviso. A advertência que podemos captar do que ouvimos é justamente o entendimento geral delas sobre o parto: um momento difícil, de dores, sofrimentos e solidão. Ainda que a entrevista tenha se passado em um contexto de almoço de domingo, evidentemente o tema que elas são convocadas a falar é incômodo e as atravessa independente do tempo passado.

Para elas, a palavra “violência” não está em cena, mas os momentos que elas mais desaprovam são aqueles que hoje temos como identificáveis no universo das violências obstétricas. Elas mencionam manobras conhecidas na literatura – estando em discussão em documentos oficiais (OMS, 2000) – em relação ao que consideramos intervenções desnecessárias e vistas como potencialmente violentas: o uso indiscriminado de fórceps e aplicação de oxitocina – que atribuem com intuito de causar dor – e mesmo a manobra de Kristeller, para empurro mecânico do feto, associados a fala de responsabilização e comando que aterroriza e fica gravado para essas mulheres como experiências ruins ao longo de tantos anos.

As percepções amplamente compartilhadas são as do sofrimento e de sua naturalização. Contudo, o que percebemos é que esses sentimentos se ampliam para muito além do momento da assistência de parto. Desde o início desse momento reprodutivo, vemos o relato de uma relação que retrata uma resignação. Sem conhecimento de métodos contraceptivos, pouco ou nenhum planejamento das gravidezes e nenhum entendimento sobre procedimentos ou o que

esperar do parto marcam esse distanciamento que culmina no momento de parir em que não identificam uma equipe para suas assistências e que não tem qualquer ciência do que aconteceria com elas nesse “cuidado”, já que esse conhecimento não seria um “assunto delas”.

A falta de informação é uma herança persistente da forma como foi estruturada a assistência que dialoga com o momento histórico de hospitalização do parto que, como já vimos, coloca o médico como protagonista da prática da “ciência da mulher” (KAPPAUN e COSTA, 2020). O corpo feminino, considerado frágil e consolidado culturalmente como reprodutor, submisso, inferior física e moralmente, é passível de dominação e controle (JARDIM; MODENA, 2018). Essa construção do gênero feminino é o que direciona as intervenções, sendo definidora da assistência ao parto (TRAJANO; BARRETO, 2021). Como consequência temos nos relatos da **Geração 1** que o profissional, além de operar uma cascata de intervenções, também passa a comandar uma série de desfechos. Como exemplo, temos o caso de Odete, em que sua médica a orientou a engravidar uma última vez, definindo a sua vivência reprodutiva, para possibilitar a realização da ligadura.

Aprofundando ainda mais, a resignação no lugar de passividade, que é de onde elas contam que vivenciam seus cuidados, fortifica uma estrutura que as fazem ter a certeza ainda hoje que seus sofrimentos são um preço a se pagar por serem mulheres. Dessa forma, elas continuam a narrar suas vidas com certo alívio por terem passado pelo parto, retratando momento de violações e tensões com desafios que dialogam diretamente com o papel da maternidade, que pressupõe, desde o momento da concepção, dedicação, subserviência e solidão.

Para a **Geração 2**, observamos tentativas de “fugir” de violências que ouviram de suas mães - o que as fazem se envolver no contexto da medicalização do parto a tal ponto que conferem normalidade às intervenções, quais forem, desde que não causem dor. Assim, vemos uma banalização da cesárea que, junto aos procedimentos que lhes são comuns, garantem a continuidade de uma intensa medicalização dos corpos. Corpos esses que passam a ser controlados medicamente, agora não apenas no momento do parto, mas desde o pré-natal, sendo citados uma série de exames e procedimentos neste momento do acompanhamento. Muitas vezes essas intervenções feitas a partir de uma visão medicalizante trazem uma noção ainda maior de risco ao parto, viabilizando cada vez mais intervenções.

Nos relatos, principalmente as mulheres de classe média reconhecem desejos barrados pelos médicos, como Cecília, que conta não ter tido suas escolhas consideradas como no momento de querer fotografar seu parto, já que a médica resiste à pessoa que ela escolhe para acompanhar e fazer o registro. Também fala do médico de sua segunda gestação fazendo ele

mesmo a escolha da via de parto baseado em sua disponibilidade e não nas necessidades dela. Essa situação, por mais que não configure o uso de força física ou de abandono, também entra no rol de intervenções que alteram os rumos dos cuidados obstétricos. Essa situação é entendida como violação uma vez que rompe com os desejos da gestante, leva ao constrangimento e causa desconfortos e uma relação hierárquica dela com aquela responsável pelo seu bem-estar. São elementos violadores como este que, combinados, constroem o entendimento de uma experiência desagradável e trilham caminho para situações que se identificarão como “categorias de desrespeito e abuso”, como Diniz *et al.* (2015) apontam em seu artigo, articulando uma tipologia possível para a violência obstétrica. Tendo essa noção de direito e coerência de práticas com aquilo previsto enquanto técnicas estabelecidas como adequadas, conseguimos observar situações violações pavimentarem o caminho para violências mesmo que naturalizadas nos relatos ouvidos.

Há parte da mesma geração que não atribui a certos procedimentos estranheza e desconforto, mas não deixam de trazer impactos de uma passividade que se perpetua da geração anterior. É notável como aquelas com menos informação pelos mais diversos motivos – por não realizarem o pré-natal ou estarem em situações mais precarizadas – apresentam/narram situações violentas com muito mais naturalidade. Temos como o exemplo o “estudo” que a Olga passou em seu parto, em que se realizou uma cesárea com anestesia geral para que fosse possível também ter seu corpo explorado pelos profissionais de saúde por se tratar de um “caso raro” da clínica. Tal fato evidencia uma extrema objetificação, como já pontuamos. Acaba por exemplificar uma situação em que o “saber” coloca a parturiente em uma relação de submissão, como o discurso de conhecimento do profissional de saúde, viabilizando a crença de condução a mais técnica e “científica” possível como sendo a mais correta e mesmo privilegiada (KAPPAUN; COSTA, 2020).

Junto a isso, temos as peregrinações sofridas por Tereza e as poucas explicações que recebeu de todos os médicos que assistiram seus partos, mesmo aqueles ocorridos em condições traumáticas em que seria importante todo um acolhimento e orientação sobre cuidados. As situações narradas por essas duas mulheres dialogam com aquilo que vemos também marcado na literatura sobre o fenômeno da violência obstétrica: um tratamento diferenciado com base em atributos considerados positivos e atributos considerados negativos, sendo as mulheres tratadas a partir de ordenamento hierárquico que afetam as tecnologias e o acolhimento prestado (DINIZ *et al.*, 2015). Essa hierarquia demarcada pela desigualdade que se dá a partir da simples diferença dos corpos e suas histórias, permitindo intervenções e criar, em suas práticas, realidade que silencia e viabiliza a violência como forma de controle.

O atravessamento da questão da violência doméstica vivido por Teresa marca, em exemplo, como uma vida de violências banaliza uma violência que trazemos a um contexto específico, como a violência obstétrica. Não chegando nem a ser um tema de incomodo, uma vez que as mazelas e fragilidades de seu cotidiano se apresentam com maior destaque de sua narrativa.

O que temos de diferente nessa geração é como a questão do conhecimento – iniciado pelas narrativas da geração anterior – aviva o reconhecimento e, conseqüentemente, possibilita às mulheres da geração posterior a nominarem as situações vividas, aproximando-as das definições de violência obstétrica. Quanto mais rica de experiências e reflexões, mais a vivência de violência obstétrica é trazida com problematizações e profundidade, começando a ser mais sinalizada. Paradoxalmente, se percebe que, com esse conhecimento, é colocado sobre elas o papel da vigilância, o dever de fazer “tudo certinho”, inclusive trazendo a importância de se conter nas reivindicações para não sofrerem com uma desassistência. Entendendo que isso pode as tornar não desejadas de serem cuidadas, como se fosse uma escolha do médico, ou que no fundo nenhum médico aceitaria fazer inteiramente do jeito delas, como Cecília pontua em seu medo de “escolher demais” um profissional para seu cuidado. Dessa forma, apesar do discurso do conhecimento do próprio corpo e seus sinais, buscando o cuidado, vemos a perpetuação da passividade como situação marcante para a **Geração 2**.

Na **Geração 3**, a violência mantém algumas características de naturalização enraizada visto nas gerações anteriores, contudo, dessa vez, ela começa a ser caracterizada mais explicitamente como “desrespeito” e, mesmo pela primeira e única vez em todas as narrativas, é nomeada enquanto “violência” – por Mariana. No contexto de sua nomeação, ela é vista como a realidade da assistência. Como na geração anterior, aquelas que percebem situações violentas são as mesmas que relatam maior acúmulo de conhecimento sobre o tema – através do relato de suas famílias e outros contatos com informações. Ainda assim, o ato de combater ou prevenir essas situações além da identificação está relacionado a “sorte” de uma boa assistência (humanizada) para escapar delas – isso ocorre com o encontro de determinados profissionais ou plantões que apostam nessa abordagem.

Dessa forma, algumas mulheres da **Geração 3** trazem o estranhamento da “robotização” de práticas, como a cesárea ou uso indiscriminado de outras tecnologias aliado ao contraponto de saber que existem outras possibilidades (sendo o parto humanizado o mais conhecido). Agora, o que é trazido, principalmente por aquelas que se submeteram a partos vaginais, é uma consciência de direitos. Temos a sinalização do abandono, da atitude desrespeitosa, de falas de responsabilização e descuidos não trazidas com resignação, mas vistas como inaceitáveis. A

“sorte” mencionada aparece em como essas violações e violências se dão, já que mulheres contam que tem uma boa assistência até a mudança de plantão de profissionais ou vice e versa. Em outras palavras, elas mencionam como, numa mesma instituição, diferentes atitudes são tomadas em relação ao cuidado, denotando uma variabilidade na assistência. Diferente da geração anterior, em que dialogávamos temporalmente com reflexões ainda iniciais acerca da problemática e os primeiros esforços de humanização de parto, vemos na **Geração 3** o evidente descompasso da prática médica com as recomendações das políticas públicas já consolidadas seja por órgãos internacionais (OMS, 2000; 2014) e nacionais, como a PHPN (BRASIL, 2002), PNAISM (BRASIL, 2004) e a Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

Em sua dissertação, Oliveira (2019) evidencia uma série de disputas (discursivas) que cercam a problemática da violência obstétrica e se relacionam com disputas no campo da humanização entre diferentes classes de profissionais, além daquelas oriundas dos sistemas e paradigmas de saúde – que em sua diversidade operam diferentes entendimentos de assistência com centralidade hospitalar ou na atenção primária e mesmo com ênfase curativa ou na qualidade de vida. Por exemplo, diferentes entendimentos de assistência levam a divergência da ordem médica hegemônica frente aos instrumentos de humanização, como o plano de parto, ou um entendimento de equipe multiprofissional como uma estratégia que ameaça a noção do médico como mais preparado para a situação, suscitando questões de responsabilidade legal de desfechos.

Duas observações de Maia sobre a obra de Meny e Thoenig (1992 *apud* MAIA, 2010) merecem atenção, identificando parte da origem dessas divergências em relação à implementação de políticas e normativas da assistência ao parto: a dificuldade de implementação e a polissemia da “humanização do parto”. Sobre a implementação de políticas, diretrizes, leis etc. a autora vê dois fatores para a execução desses marcos políticos: o comportamento do executor e a reação do grupo alvo. Nesse sentido, Maia reconhece que, mesmo contando com um importante movimento de reforma no sentido da universalização pública da cobertura de saúde, o contexto da realidade da saúde brasileira como um cenário de predominância do modelo curativo e hospitalar favorece uma assistência por uma “linha de montagem” que facilmente replica diretivas tecnocráticas e produtivas, além de ser o comportamento esperado por aquelas mulheres que procuram o seu cuidado (MAIA, 2010). Dessa forma, temos um contexto que propicia situações de violências causadas pela medicalização do parto.

A última geração entrevistada também traz o contexto de pandemia que apresenta um tom solitário diferente das narrativas da Geração 1, que são de fato menos “povoadas”. Para a

Geração 3, há a ausência de pessoas que, pelas circunstâncias pandêmicas como o distanciamento e o cuidado especial às pessoas gestantes, não puderam estar presentes. Nesse contexto, percebemos algumas mulheres relatarem o impacto direto da pandemia – como a não realização de encontro com familiares, isolamento em casa, afetando a saúde mental etc. –, mas também observamos indiretamente o receio delas frente a possíveis implicações na assistência dada as novas regras nas maternidades – como menções a restrições de acompanhantes – ou novo regime de consultas – com anúncio de dinâmicas em teleconsulta. Por mais que violências específicas relacionadas à pandemia não tenham sido apontadas nessa pesquisa, temos na literatura um estudo que pontua como a adversidade desse momento trouxe situações de violação, como Mittelbach e Albuquerque (2022). Eles apontam em pesquisa realizada nesse contexto uma avaliação das equipes na assistência, sem critérios definidos, apresentando um viés racial na seletividade de acompanhante ao parto.

Apesar do conhecimento, ainda há como ponto comum a passividade, situação evidente para as mulheres da **Geração 3** que tiveram a assistência privada, que ainda relatam uma maior tolerância a peregrinações, delimitações impostas por profissionais em seu planejamento, dada a busca por evitar qualquer descuido e por isso são direcionadas a cesárea. Vemos isso no relato de Carolina, que confessa receio de escolher o parto “normal” por saber da existência de profissionais que não “apoiam muito” a mulher em trabalho de parto.

Já Tarsila conta como foi “trabalhado na cabeça” a impossibilidade da realização de um parto vaginal pelo seu médico por uma hérnia de disco que ela tinha. Em contrapartida a experiência que teve em sua cesárea foi uma vivência impessoal, “robótica” como ela denomina. Essa adjetivação aponta para um prejuízo em relação ao que esperava e, ao mesmo tempo, denota uma falta de consideração de seus interesses e bem-estar, indicando uma vivência violadora.

Encontramos enquanto resultados que perpassaram esses diferentes encontros geracionais a centralidade do conhecimento médico, bem como uma opacidade da participação da mulher, havendo peculiaridades de cada geração. Podemos trazer diferentes espectros da violência obstétrica a partir do encontro com cada história, vivência e condição. Dessa forma, temos como característica desse tipo de violência seu efeito particular em cada uma e sua universalidade, uma vez que perpassa a todas.

Ouvindo as histórias, percebemos que há um contexto violento que propicia a vivência de certas histórias de violações. Da mesma maneira, vemos que a violência obstétrica é apenas mais uma das violências que atravessam a mulher e sua assistência. É nesse contexto que vemos diversas violências interseccionais e de gênero que dialogam com seu acontecimento.

As situações de classe e raça trazem recortes importantes às histórias ouvidas, conferindo a suas protagonistas um menor acesso a fatores protetores, como conhecimentos de dados de saúde sexual e reprodutiva, melhores condições de acompanhamento e mesmo melhor atenção no parto. Podemos perceber, além da coincidência, que as histórias de abandono e peregrinação ocorreram com as mulheres negras e/ou de piores condições socioeconômicas. Em trabalhos recentes, diversos autores apontam a interseção de eixos de opressão, como raça, classe e gênero como determinantes nas intervenções e práticas abusivas na atenção ao parto (GIACOMINI; HIRSCH, 2020; JARDIM; MODENA, 2018; LIMA; PIMENTEL; LYRA, 2021; RIBEIRO *et al.*, 2020; TRAJANO; BARRETO, 2021).

Lima Pimentel e Lyra (2021), em pesquisa qualitativa, também ouvindo narrativas, buscando compreender e analisar as vivências de mulheres negras nos cuidados ao parto, observaram em especial como o racismo estrutural dificulta e nega o acesso das mulheres negras aos seus direitos reprodutivos. Para tal, apresenta um conjunto analítico composto por categorias que emergiram em seu campo de estudo, em que observa o silenciamento da mulher negra pelos profissionais de saúde, principalmente pelos médicos(as), junto a violações de direitos previstos em lei, autoritarismo e a maneira de ignorar suas dores. Dialoga com os relatos das entrevistadas com estudos comparativos para demonstrar essa realidade ainda viva em nossa assistência.

Aliado a isso, vemos o apontado por Giacomini e Hirsch (2020) em seu estudo, que observam que para parte das mulheres de camadas populares entrevistada, procedimentos violentos e invasivos – na visada das adeptas do movimento pela “humanização” – não são problematizados. De maneira contrária, são descritas como “ajuda”. Sua justificativa é bem observada na narrativa das mulheres entrevistadas em todas as gerações deste estudo: as tecnologias que reduzem o tempo do trabalho de parto, no geral usadas para a comodidade da equipe, são vistas com alívio de uma experiência valorada como de grande sofrimento e das da qual querem se livrar o mais rápido possível.

Mannheim (1982) traz uma importante contribuição caracterizando as gerações enquanto um fenômeno sociológico. Para ele, uma geração não seria um agrupamento de pessoas delimitada por um simples corte temporal em uma linearidade regida por limites orgânicos da duração de vida de um indivíduo. O autor pensa gerações como processos dinâmicos e interativos, sendo seu vínculo resultante das experiências vividas na contemporaneidade, o que torna possível diferentes descompassos com um conceito de tempo externalizado e mecanicista, sendo necessária a consideração da existência de um tempo interior, apreendido subjetivamente. Isso posto, gerações são capazes de trabalhar e coexistir

simultaneamente advindo da expressão dos diversos entendimentos da vida e do mundo, dos objetivos internos ou metas íntimas – chamadas de entreléguas – que em seus diálogos e embates formam um espírito do tempo que retratam a nossa sociedade.

Para ele, é o problema das gerações que se relaciona com a determinação da origem do dinamismo social e das leis que regem as ações das componentes, também dinâmicas, do processo social. Segundo essa visão, conseguimos tematizar a categoria das gerações enquanto esses pertencimentos familiares que trazem diversos contextos socioeconômicos, políticos e de hábitos de tradições acerca do tema do gestar e parir.

Esse mesmo olhar geracional se mostra relevante na superação do entendimento de evolução em um contexto que a literatura identifica, no fenômeno da violência obstétrica, uma diversidade de contextos e incidências que recai mais fortemente em grupos específicos de mulheres. Observamos que não há linearidade nas histórias assim como na assistência, de forma que a “sorte” de ter uma boa assistência é resultado dos atravessamentos que protegem ou expõem essas mulheres. Com isso, observamos a maneira desigual que é conduzida a assistência, já que vemos, como apontam Paula et al (2020), “traços” de uma assistência voltada para um modelo tecnocrático do parto e nascimento¹¹, mesmo que em processo de transformação, apesar do atravessamento políticas públicas de saúde no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Embora muitas pesquisas já tenham sido desenvolvidas sobre o tema, meu objetivo ao revisitar-lo foi o de incorporar nessa tradição de estudos a perspectiva da memória e das gerações. Assim, ao nos debruçarmos sobre as narrativas de pré-parto e parto na atual pesquisa, se apresentam novas dimensões à violência obstétrica, como o apontado por autores como Ribeiro *et al.* (2020), que atentam para como um trauma sofrido nos cuidados ao parto acompanha essas mulheres ao longo da vida. Vemos que não só as acompanha como impacta a história geracional de toda uma família. Como Kappaun e Costa (2020), em grande medida vimos intervenções desnecessárias sendo concretizadas em nome de uma falsa impressão de que, quanto mais intervenções, mais se cuida da saúde. Une-se a isso o apontado pelas mesmas autoras, sobre um entendimento do parto como uma ocasião de “dor necessária”, noção que acaba por dificultar a percepção de práticas violentas e violadoras, naturalizando a ideia de que sofrer violências faz parte do processo de ser mãe.

¹¹ Entendido pelos autores como um modelo ideológico por prezar pela autonomia do profissional de saúde segundo o ideário deste no contexto do cuidado obstétrico, em que muitos não seguem a cientificidade do cuidado obstétrico e agem conforme seus ideais (PAULA *et al.*, 2020).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acompanhamos, em três gerações, 57 anos de narrativas que são como documentos históricos do papel da mulher na sociedade e trajetória das assistências ao parto. As descrições que, em geral, se iniciavam em momento anterior ao parto seguiram diversos aspectos da assistência. Elas registram o percurso de demandas sociais, políticas públicas e apontam mudanças e permanências nas práticas de cuidado vividas por essas diferentes mulheres.

Essa assistência apresenta algumas mudanças: a via de parto predominante se altera e aos poucos vemos a figura do acompanhante aparecer, bem como a noção de um planejamento que, para algumas, conta com um número crescente de atores e a mulher parece voltar a ser inserida nele. Tudo isso nos aponta para a implementação de novas políticas bem como o embate constante entre diferentes modelos de parto – entre entendimentos medicalizados e humanizados – ao longo dos anos.

Vemos o próprio entendimento do parto mudando entre as gerações, em parte devido à incidência de violência nessa vivência, que redundava em estratégias para evitar sofrer tais situações. Assim, o parto inicia sendo um interlúdio entre as diversas atribuições dessa mulher para a Geração 1, se torna um evento tendo a centralidade das atenções – com muitos exames e acompanhamento, registros e visitas – para a Geração 2, até um momento de vigilância e planejamento exaustivo, como vimos para a Geração 3.

Observamos uma construção gradual das situações que passam a ser reconhecidas e nomeadas como de violência obstétrica. A partir das histórias contadas, vimos situações caracterizadas como incômodas, desconfortáveis ou estranhas, que podemos chamar de violadoras por estarem no limiar do que essas mulheres reconheciam como cuidado. Tais relatos se acumularam, abarcando até situações que seriam claramente identificadas pela literatura como sendo uma violência. Essas violações, mesmo que nas fronteiras de condutas consideradas violentas, fragilizam um caminho informado, consciente e consentido dessas mulheres para seus partos.

Contudo, é preciso salientar que o ato de chamar essas experiências de violência aponta para um momento histórico, indicado na própria literatura sobre a origem da “violência obstétrica”. Depende, portanto, de um certo nível de consciência social e histórica sobre os direitos sexuais e reprodutivos. Na pesquisa, fica claro que algumas mulheres não utilizavam esse termo – por questões temporais ou de acesso – para descrever suas experiências e sem ele também não havia a lente interpretativa que ele promove. Além disso, o “incômodo” sentido era mandatório em certos momentos e poder o tematizar na narrativa com estranheza já é um

apontamento que merece atenção.

As violências obstétricas que identificamos se expressam também no encontro com as violências interseccionais e de gênero que dão profundidade às concepções, apresentando diversas camadas de violências vividas por muitas dessas mulheres. Abordamos a situação emblemática da história de Tereza e como o atravessamento de suas experiências de parto pela violência doméstica alterou os entendimentos e concepções de situações de violações e violências que potencialmente ocorreram em seu ciclo gravídico puerperal.

A vivência de diversas violações – por que não dizer, rotineiras e banalizadas – perpassa a concepção de saúde dessas mulheres em suas questões reprodutivas, imprimindo valores negativos, inclusive sobre seus corpos vistos como de natureza errática, frágil e débil. Consideramos que essa realidade foi construída há séculos com auxílio da medicina ao se propor esquadrihar e interpretar o corpo feminino para seus fins de controle e destitui da mulher o entendimento de que intervenções podem ser inadequadas ou desnecessárias.

A naturalização ou normalização dessa trajetória de escalonamento de condutas cada vez mais violentas está presente em todas as gerações e famílias desempenhando um papel singular em cada geração. O medo, temor, desconfiança e naturalização permanecem ao longo das histórias que são performadas em continuidades umas das outras. Isso porque seu sentimento e a noção do parto conformado a partir dele seguem influenciando e orientando comportamentos. Os diferentes papéis desse fenômeno para as gerações são reconhecidos dado o paradoxo do conhecimento sobre essas práticas, já apontado no capítulo anterior. Percebe-se que o conhecimento de situações e condutas inadequadas na assistência aos partos anteriores faz com que as mulheres se tornem vigilantes, evidenciando o dever de tomar os passos corretos para elas evitarem situações violentas. Esse papel evoca a importância de moderar reivindicações para não sofrerem consequências, sobretudo a desassistência. Dessa moderação, vemos a perpetuação da passividade como situação desenvolvida ao longo das gerações.

Apesar desse percurso aparentemente sequencial, focado numa visada geracional, que compreende diversos contextos socioeconômicos, políticos e de hábitos de tradições acerca do tema do gestar e parir, não há linearidade evolutiva nem nas histórias, nem na assistência. Sobretudo as mulheres da **Geração 3** evocam um entendimento de “sorte” presente em suas assistências. Dessa forma, o conhecimento não seria o único para evitar ou mitigar situações violentas. A “sorte” seria contar com condições, sendo mencionada sobretudo uma equipe que seja atenciosa e as respeite.

Elas identificam como contraposição “práticas humanizadas” que assim como vemos na literatura se apresentam de maneira polissêmica, mas no geral são identificadas com condutas

que podem beneficiar a experiência da mulher baseada na escuta, protagonismo e bem-estar dos envolvidos, desde a gestação passando pelo parto até o período pós-natal. Segundo as narrativas as mulheres, sobretudo das últimas gerações, passam ativamente a buscar aliados que as ajudem a construir esse contexto, mesmo que admitam (e por vezes admirem) a realidade intervencionista do nascer.

Apesar de tendências observadas de crescente incidência de cesáreas, por exemplo, vemos sempre presente a possibilidade de mudanças e renovação. A situação da Mariana evidencia isso, ao pontuar sua experiência de parto “normal” como muito positiva, “a única” de sua família. Ela representa um rompimento possível com a visão negativa do parto vaginal, mesmo que apresentando outras dificuldades e problematizações. Essa ruptura não acontece somente daquela geração em diante, ela irradia para as gerações precedentes, parecendo ressignificar parte da concepção geral sobre o parto, ainda que em parte. Sobre isso temos Marcia, mãe de Mariana, contando da experiência da filha e influências em seus aprendizados sobre o assunto.

A condução que as gerações com suas narrativas apresentam não é evolutiva nem cria um mandato imutável para as mulheres e suas famílias. Apesar de observarmos aparentes contrastes aproximando experiências distantes temporalmente uma das outras, como gerações mais velhas parecendo apresentar violações gritantes e preocupantes em relação com a geração mais recente, devemos analisá-las em seus devidos contextos. Assim, situamos que ambas as gerações em suas conjunturas nos evidenciam a persistência de situações violentas que denunciam a demanda por mudanças.

É preciso mencionar que os dados da pesquisa são limitados em diversos pontos. Sentimos falta de relatos de situações de abortamento, ou mesmo relatos abordando o uso de técnicas não invasivas no pré-natal (como o plano de parto), para saber do impacto dessas medidas nas narrativas do parto. Como a metodologia narrativa se baseia naquilo que as narradoras avaliam enquanto importante, esse conceito faz com que não consigamos nos deter em certas perspectivas que podem ser importantes para análise do fenômeno por não serem de ênfase na maioria das mulheres.

Além disso, articulações com a questão da raça não foram mencionadas pelas interlocutoras e por isso não fomos capazes de aprofundar a reflexão sobre essa vivência. Apesar disso, poderemos observar certo tratamento diferenciado que podemos relacionar com essa pertença, como o fato das mulheres negras nas narrativas ouvidas ficarem mais sozinhas no trabalho de parto, situação em que achamos relatos correspondentes na literatura.

A questão da classe nos trouxe outra reflexão para a pesquisa. Vimos como os

marcadores de classe são mais fluidos do que nossa divisão arbitrária proposta porque a pertença atual não pareceu corresponder, sobretudo quanto mais temporalmente distante estava a vivência. Assim, observamos a situação da época não se alinhar tão bem com o momento presente ao qual as mulheres se declararam. Contudo, tal fato nos apresenta a realidade a mobilidade social, atentando para atravessamentos temporais importantes para pesquisas com gerações. Situação semelhante ocorreu com o pertencimento racial, que também encontramos alterações ao observarmos o atravessamento geracional dentro de uma mesma família, o que indica o entendimento dessa identificação se modificando com o tempo.

O intuito com uma pesquisa narrativa e geracional foi nos aprofundarmos nas características que afloram na assistência ao parto: o contar de histórias e as figuras geracionais da família. Elas nos retornam mudanças nos percursos da assistência, mas também permanências que mostram impactos intergeracionais nos sinalizando a necessidade urgente de alterar nossa realidade atual, ainda longe do acolhimento e atenção preconizados pelas últimas políticas. É importante a formação de profissionais combatendo uma perspectiva tecnocrata do parto por observarmos que as gerações não mencionam a falta de tecnologias “complexas” ou “duras”, mas sim aquelas que chamamos de “leves”, como o acolhimento, a atenção às particularidades daquela gestação, parto ou puerpério. Uma aposta em outra atitude na assistência a partir do que encontramos evitaria questão de “sorte” ou de apostar na vigilância para garantir um cuidado adequado e respeitoso.

Pontuamos que esse seguimento narrativo se mostra ainda mais relevante frente a reedição de política importantes como a Rede Cegonha ou a nova versão da caderneta da gestante. Esses recentes acontecimentos parecem apontar para movimentos opostos aos esforços do movimento de humanização de parto reforçando medidas de medicalização e objetificação como novamente “adequados” a assistência ao parto.

As observações deste trabalho seriam potencializadas com mais investigações explorando as transformações e permanências da assistência ao ciclo gravídico puerperal abordando os nossos avanços, a partir do diálogo de nossas políticas públicas e das concepções das usuárias que vivem a implementação (ou não) de nossos planos de assistência. Lembramos que a discussão de aspectos relacionados ao parto, não apenas o procedimento médico, observa as implicações da assistência na vida da mulher parturiente, refletindo sobre seu impacto no entendimento sobre sua saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M. de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. Doutorado em Medicina Preventiva – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/>. Acesso em: 26 fev. 2021.
- 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.
- ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro, Pólen, 2019(Feminismos plurais).
- ALVES, A. M. Memória da esterilização feminina: um estudo geracional. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 187–207, abr. 2017.
- AMORIM, M. M. R. *et al.* COVID-19 e Gravidez. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. Supl. 2, p. S337–S353, 2021.
- ASSIS, J. F. de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 547–565, dez. 2018.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARBOSA, L. de C.; FABBRO, M. R. C.; MACHADO, G. P. dos R. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Avances en Enfermería**, Bogotá (Colômbia), v. 35, n. 2, p. 190–207, ago. 2017.
- BARROS DE SOUZA, A. *et al.* Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 115–128, 2016.
- BERQUÓ, E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 113–26.
- BRAGA, A.; GASTALDO, É. Variações sobre o uso do Skype na pesquisa empírica em comunicação: apontamentos metodológicos. **Revista Contracampo**, Niterói, v. 1, n. 24, p. 4, 7 ago. 2012.
- BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. 24 fev. 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf.
- BRASIL. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 353, de 14 de Fevereiro de 2017. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. 14 fev. 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0353_14_02_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). 4 abr. 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso em: 1 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de Abril de 2016. 7 abr. 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 24 jun. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 1 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de Dezembro 2012. 12 dez. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1a. ed., 2a. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004(Série C--Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006(Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 5).

BRASIL. Presidência da República. nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para 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. 7 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 1 jul. 2022.

BRASIL. Presidência da República. lei nº 12.895, de 18 de dezembro de 2013. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, obrigando os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante. 18 dez. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112895.htm. Acesso em: 1 jul. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, v. 134, n. 248, p. 27834–27841, 23 dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. **Programa Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRUNER, J. A Construção Narrativa da Realidade. **Critical Inquiry**, [S. l.], , p. 22, 1991.

CARAMANO, A. A.; ARAÚJO, H. E.; CARNEIRO, I. G. Tendências da fecundidade brasileira no século XX: uma visão regional. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas**

femininas de parto humanizado. 2011. 341 f. Doutorado em Ciências Sociais – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

CASTRO, F. F. de. A sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. **Ciências Sociais Unisinos**, [S. l.], v. 48, n. 1, p. 52–60, 24 maio 2012.

CHAZAN, L. K. “É... tá grávida mesmo! E ele é lindo!” A construção de “verdades” na ultrasonografia obstétrica. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 99–116, mar. 2008.

CIELLO, C. *et al.* **Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. [S. l.]: Parto do Princípio Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2012.

COELHO, E. de A. C.; LUCENA, M. de F. G. de; SILVA, A. T. de M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 37–44, mar. 2000.

COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 925–937, dez. 2010.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, [online], v. 10, n. 1, p. 171–188, jan. 2002.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647–2655, dez. 2006.

DINIZ, C. S. G. *et al.* A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [online], v. 20, n. 56, p. 253–259, mar. 2016.

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, set. 2005.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313–326, ago. 2009.

DINIZ, S. G. *et al.* Violência obstétrica como questão para a Saúde Pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para a sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377–376, out. 2015.

DODOU, H. D. *et al.* A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 262–269, 2014.

FGV. Centro de Políticas Sociais. [s. d.]. Disponível em: https://www.cps.fgv.br/ibrecps/credi3/TEXT0_panorama_evolucao.htm. Acesso em: 28 mar. 2021.

GIACOMINI, S. M.; HIRSCH, O. N. Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1, p. e57704, 2020.

GOMES, R.; LIMA, V. V. Narrativas sobre processos educacionais na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 12, p. 4687–4698, dez. 2019.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça: Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 61–73, 2014.

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**, [S. l.], v. 18, n. 5, p. 1303–1311, out. 2002.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [Internet], v. 26, p. e3069, 2018.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 90–113.

KAPPAUN, A.; COSTA, M. Ma. M. A institucionalização do parto e suas contribuições na Violência Obstétrica. **Revista Paradigma**, Ribeirão Preto-SP, v. 29, n. 1, p. 71–86, 2020.

KOPERECK, C. D. S. *et al.* A violência obstétrica no contexto multinacional. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 7, p. 2050–2060, 3 jul. 2018.

LEAL, M. do C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. suppl 1, p. S17–S32, ago. 2014.

LEAL, M. do C. *et al.* Os percursos do parto nas políticas de saúde no Brasil por suas testemunhas: entrevista com Maria do Carmo Leal e Marcos Dias. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 319–334, mar. 2019.

LEITE, T. H. *et al.* Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 483–491, fev. 2022.

LIMA, K. D. de; PIMENTEL, C.; LYRA, T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. suppl 3, p. 4909–4918, out. 2021.

LIMA, F. M. da S.; IRIART, J. A. B. Discussões sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres após o surgimento do zika vírus no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. e200784, 2021.

LUZ, N. F.; ASSIS, T. R.; REZENDE, F. R. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. **ABCS health sci**, [S. l.], v. 40, n. 2, ago. 2015. Disponível em: <http://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/735/676>.

MAIA, M. B. **Humanização Do Parto: Política Pública, Comportamento Organizacional e Ethos Profissional**. Rio de Janeiro; São Paulo: Editora Fiocruz, 2010. Disponível em:

<http://books.scielo.org/id/pr84k>. Acesso em: 25 set. 2020.

MANNHEIM, K. O problema sociológico das gerações. **Karl Mannheim: Sociologia**. São Paulo: Ática, 1982. p. 67–95.

MARTINEZ, F.; CAVALLINI, M. Fome, desemprego, alta dos preços: os retratos da economia de 2021 na vida real. 2021. **G1**. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/12/26/fome-desemprego-alta-dos-precos-os-retratos-da-economia-de-2021-na-vida-real.ghtml>. Acesso em: 1 jul. 2022.

MARTINS, A. de C.; BARROS, G. M. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, p. 215–218, 2016.

MARTINS, A. P. V. **Visões Do Feminino: A Medicina Da Mulher Nos Séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz [Imprint], 2004. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/jnzhd>. Acesso em: 5 out. 2020.

MOLINA, A. Laqueadura tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 127–145.

MORAES, C. L.; ARANA, F. D. N.; REICHENHEIM, M. E. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 667–676, ago. 2010.

MUYLAERT, C. J. *et al.* Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. spe2, p. 184–189, dez. 2014.

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, set. 2005.

NASCIMENTO, L. C. do *et al.* Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, n. supl.5, p. 2014–2023, maio 2017.

NICIDA, L. R. de A. A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1147–1154, dez. 2018.

OLIVEIRA, S. M. L. P. **Por um recorte genealógico da violência obstétrica**. 2019. 237 f. Mestrado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2019.

OMS. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2000.

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2014.

PASQUALOTTO, V. P.; RIFFEL, M. J.; MORETTO, V. L. Practices suggested in social media for birth plans. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [Internet], v. 73, n. 5, p. e20180847, 2020.

- PAULA, E. de *et al.* Violência Obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [Internet], v. 29, p. e20190248, 2020.
- PRATA, J. A. *et al.* Tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: contribuições terapêuticas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20210182, 2022.
- RAMALHO, K. de S. *et al.* Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits**, Maceió, v. 1, p. 11–22, 2012.
- RIBEIRO, D. de O. *et al.* A violência obstétrica na percepção das múltiparas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 41, p. e20190419, 2020.
- ROCHA, N. F. F. da; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 556–568, 27 jul. 2020.
- RODRIGUES, D. P. *et al.* A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S. l.], v. 19, n. 4, p. 614–620, 2015.
- RODRIGUES, D. P. *et al.* A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 1, p. 236, 1 jan. 2018.
- ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2001(Coleção Antropologia e saúde).
- SÁ, A. M. P. de *et al.* O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: a ótica das mulheres. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 7, p. 2683–2690, jul. 2017.
- SANTOS, J. M.; OLIVEIRA, T. L.; SOUZAS, R. Parto, mulher negra e violência: corpos invisíveis? **BIS, Bol. Inst. Saúde**, [online], , p. 8, 2016.
- SCHUTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012(Coleção Sociologia).
- SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. de F. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, p. e170915, 26 ago. 2019.
- SILVA, F. *et al.* “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 171–184, set. 2019a.
- SILVA, F. da C. *et al.* O saber de puérperas sobre violência obstétrica. **Rev. enferm. UFPE on line**, [S. l.], v. 13, p. [1-6], 2019b.
- SQUIRE, C. **Approaches to Narrative Research**. [S. l.]: NCRM Review Papers, fev. 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/279484395_Approaches_to_Narrative_Research.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. suppl 2, p. S419–S427, 2003.

TRAJANO, A. R.; BARRETO, E. A. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [Internet], v. 25, p. e200689, 2021.

VALADÃO, C. L.; PEGORARO, R. F. Vivências de mulheres sobre o parto. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 32, n. 1, p. 91–98, 8 mar. 2020.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2002.

WARMLING, C. M. *et al.* Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. e00009917, 29 mar. 2018.

ZANARDO, G. L. de P. *et al.* Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, [online], v. 29, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 7 set. 2020.

ANEXO 1: APROXIMAÇÃO DE PARTICIPANTES

“Olá! Me chamo Beatriz sou mestranda de Saúde Pública na Fiocruz e estou fazendo uma pesquisa que busca ouvir as histórias de pré-parto e parto de avó, mães e filhas de diferentes famílias. Eu tenho interesse de saber um pouco mais de como foi esse momento em diferentes tempos (pensando em intervalos de aproximadamente 20 anos) para diferentes mulheres e quais foram seus impactos nas vidas. XXXX me indicou o seu contato para uma conversa porque procuro mulheres brancas/negras de classe popular ou média alta que possam abrir esse caminho em suas famílias para esse momento de compartilhar. As entrevistas seriam individuais com cada uma e com aproximadamente uma hora de duração, seria tudo feito de maneira online ou pelo Google Meet ou pelo Zoom garantindo todo o sigilo necessário do nosso encontro.

Enfim, essa é só uma breve introdução! De toda forma é um prazer te conhecer e me coloco a disposição para falar um pouco mais sobre a pesquisa se tiver interesse!”

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Ministério da Saúde****FIOCRUZ****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezada participante,

A Sra. está sendo convidada a participar da pesquisa que está sendo desenvolvida por Beatriz Malheiros Brito, discente de Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a. **Suely Ferreira Deslandes** e coorientação da Professora Dr^a. **Liane Maria Braga da Silveira**. Você está sendo convidada a participar pois queremos saber da sua história de pré-parto e parto. A pesquisa tem como objetivo ouvir a narrativas de mulheres como você sobre suas experiências de pré-parto e parto para buscar entender melhor o impacto dessa vivência sobre seu entendimento desse atendimento à saúde.

Você participará de uma entrevista de aproximadamente uma hora de duração e a sua participação consistirá em compartilhar sua história sem interrupções da pesquisadora em um primeiro momento para que depois sejam feitas algumas perguntas buscando entender melhor algumas partes da história. Com seu consentimento, a entrevista será gravada para que possamos registrar o seu relato com precisão. Posteriormente, a gravação será transcrita e ao arquivo de áudio somente terão acesso a pesquisadora e sua orientadora sendo preservado em um *pendrive* de uso exclusivo. O contato inicial ocorrerá por telefone através do aplicativo *Whatsapp*, para agendamento da entrevista que ocorrerá através do aplicativo *Google Meets* ou *Zoom* a depender da sua preferência e comodidade. Você será orientada a buscar em sua residência um local que lhe garanta privacidade evitando possíveis constrangimentos e também será orientada buscar um local com boa acessibilidade à conexão por internet.

Sua participação é voluntária, o que significa que tem o direito de decidir se quer ou não participar. A qualquer momento você pode desistir de participar e/ou solicitar que a gravação

seja interrompida. Caso não deseje participar, a qualquer momento, você não será prejudicada de nenhuma forma. Participando desta pesquisa, você não terá despesas pessoais em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Você terá acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por e-mail para leitura detalhada e poderá responder ao próprio e-mail enviado quanto ao aceite. No momento do início da entrevista será feita uma leitura conjunta deste termo para que quaisquer dúvidas sejam esclarecidas, após isso você deve sinalizar sua concordância e poderá ter acesso a esse registro em áudio caso queira. **Além disso, recomendamos a você, como participante, que guarde uma cópia em download, imprima ou capture a tela desse documento para que mantenha com você as informações sobre a pesquisa e os contatos da pesquisadora e do CEP.**

Existe enquanto risco possíveis encontros com sentimentos e lembranças que sejam negativas, contudo, a formação em psicologia da pesquisadora a qualifica para lidar imediatamente com essas situações emocionais e nos colocaremos plenamente disponíveis a adereçar você a um cuidado especializado caso sinta necessidade de ajuda para lidar com eles. Sobre a privacidade e confidencialidade dos seus dados, garantimos que a divulgação dos dados da pesquisa se dará apenas para fins acadêmicos (como artigos, dissertações, teses e congressos) de forma que todas as informações serão protegidas desde seu nome até qualquer outro dado particular que possa te identificar que serão substituídas por termos mais genéricos ou fictícios. É possível, também, haver constrangimento e/ou o cansaço com o tempo de resposta da entrevista, mas buscaremos garantir um ambiente sem julgamentos e com garantia de sigilo propício a um momento reflexivo e de expressão dentro de um período estipulado de uma hora, mas sempre sendo possível ser sinalizado algum desconforto ou necessidade de pausa, remarcação ou cancelamento da conversa.

Além disso, nos colocamos a disposição para assistência integral a qualquer tipo de dano resultante de sua participação previsto ou não neste documento sendo garantido seu direito, inclusive, de buscar indenização por meio das vias judiciais.

O benefício da sua participação será indireto por seu relato contribuir para ajudar no caminho para a identificar possíveis atualizações necessárias para a promoção de um cuidado mais qualificado e com dignidade para mulheres que passem por esse momento.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados ao final deste Termo. Após o término da pesquisa, os resultados serão divulgados a todas as participantes de uma mesma família em uma reunião também online agendada pela pesquisadora.

Para esclarecer qualquer dúvida, pode entrar em contato com as orientadoras da pesquisa

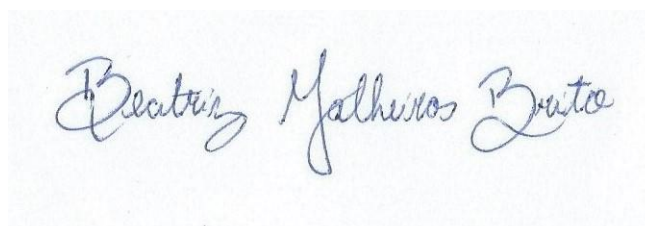
Suely Ferreira Deslandes e Liane Maria Braga da Silveira no CLAVES, situado na Avenida Brasil, 4036, sala 700 – Manguinhos – Rio de Janeiro, ou pelo telefone/fax(0xx)(21)2290-0387, no horário de 9 às 17 horas, através dos email deslandes.s@gmail.com e com a pesquisadora Beatriz Malheiros Brito através do telefone (21) 96544-3035 e e-mail psi.beatrizmalheiros@gmail.com.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP / ENSP) situa-se à Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314, Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210. Tel e Fax - (21) 2598-2863. O horário dos atendimentos de 14:00 às 17:00, site <http://www.ensp.fiocruz.br/etica> e e-mail cep@ensp.fiocruz.br

Eu _____, declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2021.

A handwritten signature in blue ink that reads "Beatriz Malheiros Brito". The signature is written in a cursive style and is centered on a light blue rectangular background.

(assinatura da pesquisadora)

ANEXO 3: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM REGISTRO DE CONSENTIMENTO

A mesma entrevista narrativa será realizada em 4 diferentes grupos de mulheres buscando as semelhanças e afastamentos das realidades raciais, de classe e temporais. Teremos:

- Uma família de três gerações de mulheres negras e de classe média/alta
- Uma família de três gerações de mulheres brancas e de classe média/alta
- Uma família de três gerações de mulheres negras e de classe popular
- Uma família de três gerações de mulheres brancas e de classe popular

Essa (auto)identificação será feita na aproximação no momento do convite para as entrevistas, contudo buscando não interferir no que será trazido na narrativa o assunto da divisão dos grupos só será levantado caso a participante busque falar sobre isso.

Primeira fase (Iniciação):

- Pedido de permissão para gravar e início da gravação
- Leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da participação:

“Como já foi enviado por e-mail vou ler por aqui aquele termo que tem todas as informações sobre a pesquisa para que você possa consentir e tirar quaisquer outras dúvidas. Ele é para ressaltar alguns pontos importantes:

A nossa entrevista está acontecendo por meio digital e está sendo gravada para uso exclusivo da pesquisadora. O intuito da entrevista é ouvir a narrativas de mulheres como você sobre suas experiências de pré-parto e parto para buscar entender melhor o impacto dessa vivência sobre seu entendimento desse atendimento à saúde.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária o que significa que você pode sair dela a qualquer momento, basta falar comigo. Para participar dela todas as informações serão protegidas desde seu nome até qualquer outro dado particular que possa te identificar, podendo ser substituídas por termos mais genéricos ou fictícios. Além disso, essa gravação e a transcrição dela será salvo *pendrive* que apenas eu terei acesso.

Como está no termo, essa pesquisa traz o benefício indireto ao contribuir para ajudar a identificar possíveis atualizações necessárias para a promoção de um cuidado mais qualificado e com dignidade para as mulheres que passem por esse momento.

Estou totalmente disponível para te encaminhar a um cuidado específico caso tenha sentimentos negativos por causa do seu relato e sinta que precise de ajuda para lidar com eles. Para qualquer outra dúvida sobre o assunto da pesquisa não só agora, mas também depois desse

nosso encontro estou à disposição. Além disso, me comprometo com o sigilo e confidencialidade dos seus dados ao longo de toda pesquisa e suas produções. Também assinalo que qualquer cansaço e constrangimento com a duração da entrevista ou qualquer motivo podemos fazer uma pausa, remarcar ou cancelar o encontro caso seja de seu interesse.

Penso que, depois de todas as entrevistas, podemos organizar um momento para que junto com as outras mulheres da sua família eu possa compartilhar com vocês o que eu achei e a partir dele possamos tirar mais dúvidas ou fazer comentários sobre os caminhos da pesquisa.

Você concorda com esses termos?”

- Apresentação das fases da entrevista

“Essa entrevista é um pouco diferente porque quero ouvir a sua história. Então ela é dividida em quatro partes:

Primeiro te explico como vai ser a entrevista.

Depois você me conta a sua história sem eu te interromper.

Depois disso, faço algumas perguntas só para entender melhor algumas partes da história que eu posso não ter entendido muito bem.

E por fim eu desligo a gravação e a gente pode conversar mais um pouquinho para encerrarmos com calma. Vou querer saber o que achou da experiência e tudo mais.

Ok?”

- Proposta de um tópico principal:

“Então, me conta um pouco de como foi/foram sua(s) experiência(s) de pré-parto e parto....”

Segunda fase (Narração central):

Sem interrupções até uma clara indicação de desfecho (coda), contando com a escuta ativa da entrevistadora e o apoio não verbal ou paralinguístico.

- notas ocasionais para perguntas posteriores

A entrevistadora buscará identificar os elementos de uma narrativa e dentro dela os elementos que que possamos identificar como pertencente ao fenômeno da violência obstétrica discriminados nos objetivos específicos

- *Atravessamentos de raça, classe e gênero nos sentidos atribuídos à assistência recebida*
- *Os sentidos atribuídos às interações estabelecidas com as equipes de saúde;*
- *O papel atribuído e desempenhado pela mulher no parto e pré-parto;*
- *O papel atribuído e desempenhado pelo(a) acompanhante no parto;*
- *Os entendimentos atribuídos às técnicas utilizadas na assistência recebida, desde o acolhimento até às tecnologias e procedimentos aplicados no momento do parto.*

- Investigação por algo mais para se certificar do encerramento da fase

“Isso é tudo que gostaria de me contar?” ou “Tem ainda outra coisa que você gostaria de me dizer?”

Terceira fase (Questionamento):

- Questionamentos decorrentes da escuta ativa no momento anterior a partir da identificação de questões não respondidas na narrativa da história.

Quarta fase (fala conclusiva):

- Fim da gravação anúncio para a participante
- Busca de comentários informais sobre contextos e entendimentos sobre a narrativa desenvolvida

Explorar os porquês e sentidos atribuídos contadoras de história com bases nas conclusões que elas apresentaram ao longo da narrativa.

Perguntar se algum entendimento mudou ou pareceu estranho enquanto ela contava sua história.

- Avaliação do nível de (des)confiança em relação ao entrevistador

Avaliar silêncios e desconfortos

ANEXO 4:TABELA DE INFORMAÇÕES DAS ENTREVISTADAS

	Identificação	Idade	Raça/cor	Classe	1ª gravidez	Cobertura	Via de parto	2ª gravidez	Cobertura	Via de parto	3ª gravidez	Cobertura	Via de parto	4ª gravidez	Cobertura	Via de parto	5ª gravidez	Cobertura	Via de parto	Escolaridade	Ocupação	Tempo de entrevista	Planejamento Reprodutivo
Família Carvalho	F1G1 (Cora)	79	Negra	C	1964 (22)	INPS	V (fórceps)	1972 (30)	Particular	C (ligadura)										Fundamental Incompleto	Dona de casa	00:21:14	Ligadura
	F1G2 (Cecília)	49	Parda	C	1998 (26)	Plano de Saúde	C (empurro)	2008 (36)	Plano de Saúde	(ligadura paga por fora)										Pós-graduação	Assistente Social	00:26:06	Ligadura
	F1G3 (Carolina)	34	Branca	D	2020 (32)	Plano de Saúde	C													Ensino médio completo	Dona de casa	00:26:13	
Família Moreira	F2G1 (Maria)	74	Branca	C	1968 (21)	Plano de Saúde	V (fórceps)	1972 (25)	Particular	V (ocitocina)	1974 (27)	Particular	C (ligadura)							Fundamental Completo	Dona de casa	00:18:31	Ligadura
	F2G2 (Márcia)	47	Branca	C	1992 (19)	Plano de Saúde	C (intraparto)	1994 (21)	Particular (pré-natal plano)	V	1997 (24)	Plano de Saúde	C (ligadura)							Pós-graduação	Pedagoga (desempregada)	00:26:05	Ligadura
	F2G3 (Mariana)	29	Branca	D	2020 (27)	SUS	V (ocitocina planejada)													Ensino superior (cursando)	Estudante	00:30:18	
Família Oliveira	F3G1 (Odete)	66	Parda	D	1975 (21)	INPS	V	1976(22)	INPS	V	1979 (23)	INAMP S	C (ligadura)							Fundamental Completo	Doméstica	00:23:05	Ligadura
	F3G2 (Ollga)	45	Parda	D	1991 (15)	SUS	C	1997 (21)	Particular	C (ligadura)										Ensino médio completo	Cozinheira	00:41:53	
	F3G3 (Olívia)	23	Negra	E	2021 (23)	SUS	V													Ensino médio incompleto	Dona de casa	00:42:12	DIU
Família Teixeira	F4G2 (Teresa)	57	Branca	E	1984 (20)	INAMP S	V	1986 (22)	INAMP S	V	1987(23)	INAMP S	V	1990 (26)	Particular	C (ligadura)	2011 (47)	Particular	C	Analfabeta	Dona de casa	01:27:30	Ligadura
	F4G3 (Tarsila)	31	Branca	E	2015 (26)	Plano de Saúde (equipe paga)	C	2021 (31)	Plano de Saúde (equipe paga)	C (ligadura)										Ensino médio completo	Fotógrafa	00:42:06	Ligadura