



**Mariana Gouvêa de Matos**

**Parentalidade no parto:  
narrativas de pais e mães**

**Tese de Doutorado**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia (Psicologia Clínica).

Orientadora: Profa. Andrea Seixas Magalhães

Rio de Janeiro

Abril de 2019



**Mariana Gouvêa de Matos**

**Parentalidade no parto:  
narrativas de pais e mães**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

**Profa. Andrea Seixas Magalhães**

Orientadora  
Departamento de Psicologia PUC-Rio

**Profa. Terezinha Féres-Carneiro**

Departamento de Psicologia PUC-Rio

**Profa. Silvia Maria Abu-Jamra Zornig**

Departamento de Psicologia PUC-Rio

**Profa. Marisa Schargel Maia**

Maternidade-Escola UFRJ

**Prof. Cesar Augusto Piccinini**

Departamento de Psicologia da UFRGS

Rio de Janeiro, 12 de abril de 2019

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

### **Mariana Gouvêa de Matos**

Graduada em Psicologia pela UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), especialista em Terapia de Família e Casal e mestre em Psicologia Clínica pela PUC-Rio. Atua na área de família com interesses nos seguintes temas: parentalidade; paternidade; parto; infância.

#### Ficha Catalográfica

Matos, Mariana Gouvêa de

Parentalidade no parto : narrativas de pais e mães / Mariana Gouvêa de Matos ; orientador: Andrea Seixas Magalhães. – 2019.  
178 f. ; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2019.  
Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Parto. 3. Humanização. 4. Violência obstétrica. 5. Parentalidade. 6. Trauma. I. Magalhães, Andrea Seixas. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

## Agradecimentos

Às mães e aos pais que compartilharam suas experiências de parto online, pela sensibilidade, pela entrega e pela coragem de tornarem públicas experiências tão íntimas.

À minha orientadora, por ter confiado nas minhas escolhas e investido tanto em mim ao longo do percurso. Por ter se emocionado comigo, se afetado pela pesquisa, e me orientado de forma tão sensível.

Ao meu marido, Kim, pela escuta atenta, pelo suporte emocional, por ter embarcado junto comigo nessa aventura de (re)nascimento.

À Anielle, Carla, Debora, Dineia, Fernanda, Juliana e Mayla, grupo potente, atento, sensível e cuidadoso, do qual tive prazer em participar ao longo do doutorado.

Aos governos do Lula e da Dilma, por terem investido na pesquisa brasileira, o que fez com que eu pudesse ter bolsa de estudo em todas as pesquisas que me envolvi desde a graduação.

Ao CNPq, por financiar a pesquisa e nunca atrasar a bolsa, mesmo em um cenário de crise política.

## Resumo

Matos, Mariana Gouvêa. Magalhães, Andrea Seixas. **Parentalidade no parto: narrativas de pais e mães**. Rio de Janeiro, 2019. 178p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A assistência ao parto no Brasil hoje é pautada predominantemente pelo modelo tecnocrático, com alto índice de intervenções desnecessárias e promotoras de iatrogenia. Os aspectos subjetivos inerentes ao nascimento tendem a ser desconsiderados neste cenário, o que produz riscos para a saúde psíquica da mãe, do pai, e do bebê. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi pesquisar as experiências subjetivas de pais e mães acerca do parto na atualidade no Brasil. Para isso, foi realizado um estudo de caso coletivo no qual foram analisados 30 relatos de parto publicados em blogs pessoais sobre experiências de gestação, parto e parentalidade, sendo 15 escritos por mulheres e 15 por homens. Os resultados apontaram para o desamparo sentido por pais e mães diante de uma assistência tecnocrática, e para a idealização dos cuidados ofertados pelos profissionais que atuam de acordo com o paradigma de humanização. A ideia de escolha apareceu com frequência no discurso dos sujeitos, apontando para um cenário em que a cesariana é entendida como um bem de consumo. A importância do respeito à temporalidade do parto apareceu como sendo fundamental para que este não seja vivenciado de forma traumática e a dor foi relatada como elemento central na elaboração da morte simbólica inerente ao processo de apropriação da parentalidade. A falta de suporte do ambiente apareceu como um fator constitutivo da experiência de violência obstétrica e a escrita dos relatos como um recurso para elaboração dessa experiência traumática. Concluímos que procedimentos médicos como a episiotomia, a anestesia e a cesariana, quando realizados de forma rotineira, sem compartilhamento de decisões e sem amparo psíquico, constituem uma forma de ritualização para manter inconsciente a representação sexual do parto. Tal forma de ritualização conduz à iatrogenia no parto, causando prejuízos psíquicos à saúde materno-infantil. Nesse sentido, o cuidado e o respeito nas relações interpessoais devem ser valorizados como requisitos fundamentais para a atenção ao parto. É de extrema importância que os profissionais que assistem o parto sejam capacitados para compreenderem os aspectos emocionais inerentes ao nascimento, e as trocas

interdisciplinares são um recurso potente para garantir a boa qualidade da assistência.

### **Palavras-chave**

Parto; humanização; violência obstétrica; parentalidade; trauma; morte simbólica; saúde materno-infantil; contemporaneidade

## Abstract

Matos, Mariana Gouvêa. Magalhães, Andrea Seixas (Advisor). **Parenthood in childbirth: fathers's and mothers's narratives.** Rio de Janeiro, 2019. 178p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Childbirth assistance in Brazil today is predominantly ruled by the technocratic model, generating a high rate of unnecessary interventions and promoting iatrogenesis. In this context, the subjective aspects that are typical of childbirth tend to be disregarded, which poses risks for the mental health of the mother, father and child. The purpose of this study was to investigate the subjective experiences of parents regarding childbirth in Brazil today. In order to do so, we examined a collective case study in which we analyzed 30 childbirth reports published in personal blogs about gestation, birth and parenthood experiences, in which 15 accounts written by women and 15 written by men. The results showed the helplessness felt by parents in the face of a technocratic assistance, and the idealization of the care offered by professionals who act according to the humanization paradigm. The idea of choice appeared often in the reports of the subjects, pointing towards a scenario in which the cesarean section is understood as a consumer good. Respect towards the temporality of childbirth appeared as a main issue in order to avoid a traumatic experience. Pain was shown as a key element for the elaboration of the symbolic death, a structural part of the process of parenthood appropriation. The lack of support of the environment was a major contributor to the experience of obstetric violence, in which written accounts served as a means for the elaboration of this traumatic experience. We concluded that medical procedures such as episiotomy, anesthesia, and cesarean section, when performed routinely and with no decision sharing or psychological support, represent a form of ritualization to keep unconscious the sexual representation of childbirth. This ritualization leads to iatrogenesis in childbirth, harming the mother-child health. Therefore, care and respect in interpersonal relationships should be seen as fundamental requirements for childbirth support. Professionals that aid in childbirth need to be qualified to understand the emotional aspects inherent to childbirth. Finally, we also understand that interdisciplinary exchange is a powerful tool to guarantee high-quality assistance.

## Keywords

Childbirth; humanization; obstetric violence; parenthood; trauma; symbolic death; mother-child health; iatrogenesis.

## Sumário

1. Introdução	11
2. Os paradigmas de assistência ao parto e a experiência brasileira	18
2.1. A institucionalização do parto e o surgimento do Movimento de Humanização no Brasil	18
2.2. O modelo tecnocrático de assistência ao parto	29
2.3. O Movimento de Humanização do parto	34
3. Escolha, liberdade e autonomia no parto: os processos contemporâneos de subjetivação	42
3.1. O parto como bem de consumo: os processos de individualização e a imposição da escolha	42
3.2. Construção da identidade na contemporaneidade e o movimento de humanização do parto como bandeira identitária	50
3.3. Sobre o conceito de liberdade	56
3.4. Da reconexão mente-corpo e indivíduo-sociedade à autonomia no parto: contribuições winnicottianas sobre os estágios de dependência	59
4. Dor, tempo, morte e trauma: o ambiente do parto na construção da experiência	66
4.1. Sobre dor, tempo e experiência de intrusão: o papel do ambiente	68
4.2. Experiências infantis, morte e sexualidade no parto	74
4.3. Violência obstétrica e parto traumático	76
5. Os processos subjetivos na transição para a parentalidade e os ambientes de amparo online	84
5.1. Transição para a parentalidade:	

o encontro com o bebê	85
5.2. O pai presente	95
5.3. Os ambientes de amparo online	99
6. Sobre o método de investigação	107
6.1. A internet como lócus de pesquisa	107
6.2. A abordagem metodológica	111
7. Compreendendo as experiências de parto a partir do relato dos sujeitos	116
7.1. Parto tecnocrático: os procedimentos antes dos sujeitos	116
7.2. A função da equipe na construção da experiência de parto	122
7.3. Respeito à temporalidade do parto: mãe e bebê no foco	127
7.4. Dor de nascimento e medo de morte	132
7.5. Violência obstétrica	137
7.6. Desinformação e apoio virtual	144
7.7. Escolha ou autonomia?	150
7.8. Nascimento a três	155
8. Considerações finais	161
9. Referências bibliográficas	169

## 1. Introdução

No Brasil, até o século XX as crianças nasciam em casa, sendo o parto um evento restrito ao âmbito privado. A assistência ao nascimento era de responsabilidade das parteiras, as quais, embora não dominassem o conhecimento científico, eram valorizadas pelas suas experiências concernentes ao parto. O parto era um evento essencialmente feminino, que geralmente proporcionava às mulheres confiança em sua capacidade de parir. Ao longo do século XX o parto foi sendo institucionalizado, passando a ser vivenciado no âmbito público e na presença do médico, o que proporcionou a inserção masculina no nascimento. Aos poucos o parto hospitalar foi se tornando predominante, resultando na delegação do trabalho de parto à figura do médico e transformando a mulher em objeto no processo de parturição. Com as crescentes intervenções médicas houve diminuição da mortalidade materno-infantil e, também, a medicalização do corpo feminino (Jardim & Penna, 2012; Nagahama & Santiago, 2005; Vieira, 1999).

O Brasil hoje chama atenção internacionalmente por ser o país que mais realiza cesáreas no mundo (Leal et al., 2014). Nos estabelecimentos públicos de saúde, o parto vaginal é mais frequente do que nos estabelecimentos privados, o que não significa que as parturientes não sejam alvo de intervenções excessivas, como administração de ocitocina, peridural e episiotomia de rotina. Na assistência privada, restrita àqueles com maior poder aquisitivo, as cesáreas são predominantemente eletivas e pré-agendadas, constituindo-se em uma opção de parto valorizada pela elite brasileira e não em um recurso para possíveis complicações no parto (Chaves, 2014; Leal & Gama, 2014).

A alta taxa de cesáreas indica o grau de hipermedicalização no qual se encontra o parto no país. A hipermedicalização é um problema complexo, que envolve: as armadilhas do sistema de saúde que tornam as cesáreas mais atraentes financeiramente para os profissionais; a quase exclusiva atuação de obstetras nos partos, bem como a formação destes profissionais; e a crença da população na superioridade desse tipo de parto (Souza & Pileggi-Castro, 2014).

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde financiou a primeira pesquisa no país cujo objetivo foi estudar o nascimento em âmbito nacional. O estudo “Nascer no Brasil” contemplou 266 maternidades em 191 municípios do país e 23.940 mulheres foram entrevistadas. Como resultado, a força da lógica mercantil

apareceu como um componente importante por trás da epidemia de cesáreas e intervenções desnecessárias no trabalho de parto no país. A diferença entre a assistência no SUS e a assistência suplementar apontada acima alimenta as desigualdades sociais existentes e atua no imaginário social de forma a supervalorizar a cirurgia cesariana como um bem de consumo. A possibilidade de realizar uma cesariana é percebida, dessa forma, como acesso à modernidade e à tecnologia, garantindo prestígio social. Apesar da discrepante porcentagem de cesáreas realizadas na assistência pública e na assistência privada - 38% contra 89,9% (Leal et al., 2014) -, em ambos os setores há carência de informações sobre o parto para a família, não se respeita a autonomia das mulheres e, por vezes, nega-se o direito ao acompanhante, tornando o parto um evento solitário, inseguro e doloroso (Aquino, 2014).

O uso das tecnologias de saúde favorece a redução da morbimortalidade materno-infantil. Contudo, seu uso excessivo promove a exposição das mulheres e dos bebês aos riscos de iatrogenia no parto. As altas taxas de intervenções desnecessárias, segundo Chaves (2014), apontam para a triste realidade de que a prática médica não acompanha o conhecimento acadêmico da área. As intervenções cumprem um papel rotineiro, que desconsidera a demanda clínica das pacientes e as evidências científicas do campo (Leal et al., 2014). Os recém-nascidos estão sendo alvo de procedimentos desnecessários em seus primeiros momentos de vida e, ao invés de entrarem em contato imediato com seus pais, são levados para longe destes, adiando o momento de reconhecimento mútuo e dificultando o fortalecimento do vínculo afetivo.

De acordo com Leal et al. (2014), iniciativas do Ministério da Saúde como a elaboração de manuais para os profissionais que atendem o parto, por exemplo, têm se mostrado insuficientes para reverter o modelo intervencionista de assistência ao nascimento no país. A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde preconizam a oferta de líquidos durante o trabalho de parto, a liberdade de movimentação, o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, e a presença de um acompanhante. Tais recomendações são baseadas em evidências científicas e são seguidas por outros países com índices de cesariana mais próximos ao indicado pela OMS – 15%, enquanto no Brasil temos 52%.

Como crítica ao modelo obstétrico hegemônico, surgiu o Movimento de Humanização do Parto, visando o reempoderamento das mulheres diante do parto

e preconizando um cuidado holístico, que integre os aspectos fisiológicos, emocionais e culturais do nascimento. Entre as práticas de humanização, ganham destaque a reinserção do acompanhante, o encorajamento da participação paterna durante o processo do nascimento, e o protagonismo da mulher no que tange a parturição (Deslandes, 2006; Dias & Deslandes, 2006; Griboski & Guilhem, 2006; Morsch & Aragão, 2006; Nascimento, Progianti, Novoa, Oliveira & Vargens, 2010; Tornquist, 2002).

O ideário de humanização surgiu em meio a intensas transformações sociais que culminaram no contexto contemporâneo, denominado Modernidade Líquida (Bauman, 2001), sociedade Pós-Traducional (Giddens, 2012), Pós-Modernidade (Santos, 2013), Sociedade em Rede (Castells, 2010/2018), dentre outras nomenclaturas. O contexto atual, segundo esses autores, é marcado por valores referentes à liberdade, escolha, autonomia e desejo, pautado por uma exaltação do eu em detrimento do nós (Elias, 1987/1994) e atravessado pela lógica de consumo (Bauman, 2001). O ideário de humanização encontra-se, portanto, permeado por tais valores, apesar de garantir ênfase aos processos simbólicos (Davis-Floyd, 2001), fruto do encontro entre sujeitos, afinando-se mais com uma conceituação sociológica do conceito de liberdade do que com uma conceituação liberalista do termo.

No cenário obstétrico brasileiro atual, vivemos, contudo, a predominância do modelo tecnocrático, que desconsidera os aspectos sociais e emocionais inerentes à parturição, restringindo o nascimento ao seu caráter biológico. O direito das mulheres de terem um acompanhante no parto e o direito dos homens de participarem do parto de seus filhos ainda lhes é negado em muitas instituições (Tesser, Knobel, Andrezzo & Diniz, 2015). A livre locomoção das parturientes, a alimentação durante o parto e a opção por um parto sem intervenções médicas ainda são pouco respeitadas no Brasil. Nesse sentido, a luta pela defesa do plano de parto delineado pelo casal ainda se faz necessária na maioria das maternidades do país, deixando-nos distantes, ainda, de uma realidade na qual seja garantido ao casal um ambiente integralmente seguro para parir.

Não só no Brasil, mas em diversos países ao redor do mundo, mulheres vêm relatando experiências de parto nas quais se sentiram violentadas e o termo violência obstétrica vem sendo cada vez mais utilizado para designar tais experiências (Tesser et al., 2015; Dias-Tello, 2016; Sadler et al., 2016; Oliveira &

Merces, 2017; Zanardo et al., 2017). Apesar de não haver uma designação específica do termo, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) propõe direcionamentos acerca das práticas que devem ser consideradas violência obstétrica e aponta para a importância de pesquisas que investiguem o impacto de tais práticas na saúde das mulheres.

Entendemos que não só o ambiente físico, mas também as trocas intersubjetivas estabelecidas durante o trabalho de parto - ou seja, o ambiente humano - são fundamentais para que as parturientes se sintam acolhidas e possam vivenciar a experiência de parto de forma saudável. Winnicott (1949/2000) ressalta que nem todas as experiências de parto são traumáticas, apesar de constituírem-se em experiências de intrusão ambiental; é possível que elas sejam percebidas como resultado de um esforço conjunto da mãe e do bebê, que logo em seguida retomam sua continuidade de ser. É preciso que a mãe se entregue ao processo de forma semelhante ao bebê, identificando-se com ele. Para isso, é preciso que o ambiente a ampare emocionalmente, proporcionando acolhimento e segurança. Se, ao contrário, o ambiente for tão intrusivo a ponto de afastar a mãe do seu 'estado de ser' e afetar a 'continuidade de ser' do bebê, o parto pode constituir-se em uma experiência traumática.

No caso do parto no Brasil, muitos pais e mães têm tornado públicas suas experiências de parto em blogs pessoais acerca do tema e seus relatos parecem vir servindo como apoio emocional para aqueles que estão prestes a se tornar pais e mães. Estudos como os de Blainey e Slade (2015), Lupton (2016), Arteiro e Passos (2016) e Arteiro (2017) apontam para os blogs como redes de apoio contemporâneas, principalmente para as mulheres que se tornam mães. Além disso, a internet vem se constituindo como uma importante ferramenta de mobilização da sociedade civil, que atenta para a necessidade de transformação na atenção ao parto no Brasil.

Alguns estudos (Maldonado, Nahoum & Dickstein, 1985; Dessen & Brás, 2000; Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes & Tudge, 2004; Rapoport & Piccinini, 2006; Marques et al., 2010) ressaltam a importância do pai como principal suporte para a mãe na transição para a parentalidade, mas não discutem a respeito do suporte social dado à paternidade. Contudo, entendemos que é o casal parental que necessita apoio durante a transição para a parentalidade, posto que, mesmo que os membros do casal façam a opção de um dos cônjuges estar mais disponível para as trocas

diárias e para a sintonia afetiva com o bebê, é necessário que o outro cuide da garantia de um ambiente favorável para que esses cuidados se estabeleçam. Entendemos que na atualidade esses papéis não estão mais rigidamente determinados como outrora, havendo fluidez no desempenho dos mesmos. Sendo assim, tanto homens como mulheres necessitam de suporte social para que possam se envolver, de uma forma ou de outra, no cuidado afetivo com seus filhos.

Sabemos que o nascimento não é um evento pontual. Perpassa todo o processo de gestação e puerpério, uma vez que é antecipado na gravidez sob a forma de expectativas e continua sendo referido no pós-parto, sendo necessário tempo de elaboração. Além disso, marca a vida familiar por meio de lembranças que passam a fazer parte de sua história. Sendo o nascimento de um filho um rito de passagem, que exige reorganização do sistema familiar, o parto, conseqüentemente, não é um evento simples. Por envolver aspectos psicológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais, é considerado um fenômeno complexo, com potencial para mobilizar sentimentos contraditórios. Para homens e mulheres marca um momento de transição para algo nunca vivenciado anteriormente: ser pais daquele bebê que acaba de nascer (Jardim & Penna, 2012; Lopes et al., 2005; Mazzieri & Hoga, 2006; Piovesan et al., 2001).

A experiência do parto é tão marcante que as memórias deste momento permanecem vivas em nível cognitivo e psicológico, exercendo um impacto, positivo ou negativo, que tem repercussões durante a vida inteira do casal. Por sua intensidade, o parto pode acarretar na reformulação identitária tanto da mulher como do homem, com repercussão profunda nos planos físico, emocional e social dos cônjuges, representando um marco em suas vidas. Nesse sentido, o nascimento tem potencial para acarretar também transformações psíquicas, sendo um evento de extrema importância no processo de transição para a parentalidade principalmente por ser o momento no qual os pais vão, finalmente, se deparar com o bebê real, tão sonhado durante a gestação (Lopes et al., 2005).

Ao mesmo tempo em que ocorrem tantas mudanças no nível individual, a chegada de um bebê demanda reorganização do sistema familiar, que precisa redistribuir as tarefas e os papéis desempenhados anteriormente. Nesse sentido, a transição para a parentalidade é um momento do ciclo vital potencialmente propício a mudanças significativas, tanto na individualidade de cada um dos pais como nas relações familiares (Hidalgo & Menéndez, 2003). A qualidade da relação de cada

casal é extremamente relevante no que se refere à forma como a transição para a parentalidade vai ser vivenciada. Casais com alto nível de envolvimento conjugal pré-natal têm maiores chances de encarar com mais tranquilidade a crise suscitada pelo nascimento de filhos e seguem investindo na manutenção da conjugalidade. Casais com distanciamento afetivo têm maior propensão a apresentar dificuldades na preservação da relação conjugal. Dessa forma, a transição para a parentalidade pode promover maior envolvimento ou afastamento conjugal (Menezes e Lopes, 2007).

Apesar de as políticas de humanização do parto serem objeto de muitos estudos na área da saúde, principalmente na enfermagem, ainda são poucas as pesquisas que discutem os aspectos emocionais do parto e sua relevância na construção da parentalidade. Dessa forma, na presente pesquisa buscamos investigar as experiências subjetivas de pais e mães acerca do parto na atualidade. Como objetivos específicos, nos propusemos a investigar as relações estabelecidas pelos sujeitos entre a vivência do parto e o processo de apropriação da parentalidade; a participação paterna no momento do nascimento do bebê; as repercussões do ambiente no processo de parturição; e a relação que pais e mães estabelecem com os profissionais de saúde que os assistem no parto. Para atingir nossos objetivos, realizamos uma pesquisa de campo em que analisamos 30 relatos de partos publicados online. Para fundamentar a pesquisa e analisar os dados encontrados, foi feito um levantamento bibliográfico a respeito do tema.

Dessa forma, no primeiro capítulo traçaremos um percurso histórico a respeito do parto no Brasil, a fim de compreendermos como o paradigma de parto tecnocrático foi se constituindo como hegemônico no nosso país, e o concomitante surgimento das políticas e dos movimentos de humanização nas últimas décadas. Nos dedicaremos também a esmiuçar os ideais norteadores do paradigma tecnocrático de assistência, bem como aqueles que regem o paradigma de assistência humanizada.

No segundo capítulo, buscaremos dialogar com autores que discursam sobre a organização da sociedade contemporânea, a fim de debatermos a importância do amparo social para o acesso à autonomia no parto, um dos preceitos fundamentais para uma assistência humanizada. Discutiremos também a imposição da escolha na contemporaneidade, inerente aos processos de individualização, e o consequente entendimento do parto como bem de consumo. Além disso, debateremos sobre a

humanização como bandeira identitária e as diferentes conceituações do termo liberdade que influem na construção da identidade na atualidade.

No terceiro capítulo, discutiremos os aspectos psíquicos inerentes ao parto, tratando do papel do ambiente nos processos de parturição. Serão discutidas temáticas referentes a dor, temporalidade e morte simbólica no parto, visando compreender o que torna, segundo o referencial winnicottiano, uma experiência de parto traumática. A partir daí, discorreremos sobre a conceituação de violência obstétrica e as implicações dessa experiência de intrusão ambiental extrema nas trocas entre mãe bebê e no estabelecimento da preocupação materna primária.

O quarto capítulo abordará a transição para a parentalidade, assinalando as mudanças psíquicas e sociais que este processo promove nas mães e nos pais. O suporte social necessário para amparar essas mudanças também será abordado neste capítulo, no qual buscaremos discutir sobre o ambiente online como meio de suporte social na transição para a parentalidade na contemporaneidade.

O quinto capítulo consistirá na explanação da metodologia utilizada para realizar a presente pesquisa e, no sexto, apresentaremos a discussão dos resultados encontrados. Por fim, no capítulo 7, apresentaremos as conclusões do presente trabalho, tecendo considerações sobre a relevância dos resultados encontrados e apontando para as limitações da pesquisa e para a importância de novos estudos na área.

## **2. Os paradigmas de assistência ao parto e a experiência brasileira**

Desde o nascimento da obstetrícia, a prática médica no parto vem sendo pautada pela lógica cartesiana, ou seja, pela separação entre mente e corpo e pela compreensão do corpo humano como máquina. O movimento em prol da humanização do parto surgiu no século passado com o intuito de contribuir para a desconstrução desse modelo de assistência ao parto que se tornou hegemônico em diversos países do mundo, inclusive no Brasil. Atualmente os partos no país são predominantemente hospitalares e com intervenções médicas excessivas, regidas pelo modelo denominado tecnocrático. Porém, os movimentos sociais em prol da humanização são significativos no contexto brasileiro e têm contribuído para mudanças nas políticas públicas e na legislação desde a década de 1990. Neste capítulo traçaremos um percurso histórico sobre a assistência ao parto no Brasil e discutiremos os paradigmas tecnocrático e de humanização do parto, com o intuito de melhor compreendermos o cenário atual em que se encontra a assistência ao parto no país.

### **2.1. A institucionalização do parto e o surgimento do movimento de Humanização no Brasil**

No Brasil, a obstetrícia passou a ser incorporada pela medicina em 1808, com a criação das Escolas de Medicina e Cirurgia nos Estados da Bahia e do Rio de Janeiro (Brenes, 1991). Contudo, até meados do século XX os partos seguiram sendo realizados predominantemente por parteiras, que detinham poder e prestígio social pelo seu conhecimento acerca da fisiologia feminina. A presença masculina geralmente era tida como desconfortável para as parturientes, tanto pela frequente insensibilidade médica às dores do parto, como pelo tabu de expor sua genitália para o sexo oposto (Wolf & Vasconcelos, 2004).

As elites brasileiras, seguindo modelos de outros países, foram fundamentais na disseminação do parto hospitalar no Brasil. Porém, encontraram muita dificuldade em combater os costumes, ditos selvagens, oriundos da cultura indígena e africana, que estavam amplamente disseminados entre as classes populares, tanto urbanas como do campo (Tornquist, 2004).

Só em 1832 as escolas de medicina passaram a oferecer faculdade de obstetrícia e, de acordo com a nova legislação promulgada neste mesmo ano, ninguém poderia exercer as atividades de farmacêutico, médico e parteiro sem obter o título emitido por essas instituições. Ocorre que neste ano, diferentemente do que vinha acontecendo até então – quando só era exigido que o candidato soubesse ler e escrever para ingressar no curso, sendo somente desejável que compreendesse as línguas inglesa e francesa -, passou a ser obrigatório que o candidato tivesse conhecimentos de francês, inglês, latim, filosofia, aritmética e geometria, o que elitizou o acesso à profissão. Também neste ano teve início o ensino oficial de obstetrícia para mulheres e, em 1834, formou-se a parteira Madame Durocher, primeira mulher a ser aceita como membro titular na Academia Imperial de Medicina em 1871 e que se vestia com roupas masculinas, dizendo que assim o fazia por saber que exercia uma profissão eminentemente masculina (Brenes, 1991).

Com as exigências de escolaridade e de profissionalização, as parteiras iletradas foram excluídas do ofício, o que marcou não só a questão de classe como de etnia, uma vez que essas eram, em sua maioria, descendentes de indígenas ou negras. Essas parteiras foram sendo chamadas, pejorativamente, de comadres, entendidas ou curiosas. A estigmatização das parteiras fazia parte do processo higienista de combate às práticas populares de cura disseminadas pelo país. Contudo, as práticas populares persistiam, sendo procuradas até mesmo por alguns membros das elites (Tornquist, 2004).

Ao longo do século XIX as escolas de medicina foram aprimorando seu ensino teórico, mas o ensino prático só passou a ocorrer com Vicente de Sabóia na década de 1880. O mandato deste, que foi diretor da Faculdade do Rio de Janeiro no período de 1882 a 1889, foi muito importante para a Faculdade. Sabóia investiu recursos próprios para aprimorar a instituição, reformando e ampliando suas instalações. O diretor foi demitido com a proclamação da República e os anos que sucederam seu mandato foram considerados de estagnação (Brenes, 1991).

No início do século XX, foram inauguradas as duas primeiras maternidades do Brasil: em 1904 a Maternidade-Escola do Rio de Janeiro e em 1910 a Maternidade Climério de Oliveira, na Bahia. Durante as décadas que se sucederam, foram grandes os esforços da comunidade médica para atrair parturientes para as clínicas de formação. Mesmo quando as mulheres começaram a frequentar essas

instituições, não o faziam com regularidade, o que prejudicava a observação continuada dos estudantes. Devido a isso, a comunidade médica buscou apoio do governo para legitimar os processos de cadastramento nas clínicas, controlar os dados populacionais e realizar internações (Brenes, 1991). A partir especialmente da década de 1940 – com a criação do primeiro órgão governamental voltado exclusivamente para o cuidado da saúde materno-infantil (Departamento Nacional da Criança – DNCR) -, inúmeras políticas governamentais de assistência ao parto foram sendo propostas, focadas nos aspectos biológicos referentes ao binômio mãe-filho (Nagahama & Santiago, 2005).

A partir de meados do século XX o parto hospitalar foi se tornando predominante e a inclusão de técnicas como a episiotomia e o uso do fórceps foi se tornando rotineira. A institucionalização do parto acarretou na medicalização do evento, transformado em símbolo/ou exemplo de saber-poder-fazer masculino. A assistência ao parto se consolidou como exercício médico, proporcionando a monopolização das práticas inerentes ao processo do nascimento pela categoria, o que foi legitimado e reconhecido socialmente (Vieira, 1999). Assim, os profissionais não-médicos foram perdendo prestígio e espaço na assistência ao parto e, atualmente, apesar de a legislação vigente garantir a autonomia do profissional de enfermagem no atendimento à parturiente em partos sem distocia (Lei nº 7.498/86), por exemplo, sua atuação ainda não é reconhecida devido à hegemonia do poder médico (Wolf & Vasconcelos, 2004).

A institucionalização do nascimento gerou, inicialmente, consequências positivas como a diminuição da mortalidade materno-infantil, o que levou ao aumento da utilização de alguns procedimentos médicos. Passaram a ser frequentes a realização de cesáreas, o uso da episiotomia e da ocitocina, a ausência de apoio emocional à parturiente e o afastamento da família no momento do parto, constituindo-se em mudanças drásticas na assistência ao nascimento no Brasil. Com tantas intervenções, o vínculo precoce entre a família e o bebê recém-nascido passou a ser desfavorecido (Jardim & Penna, 2012).

Esse cenário contribuiu para que pais e mães se sentissem cada vez mais despreparados para viver a experiência do nascimento, atribuindo a responsabilidade sobre o processo à figura do médico. A mulher perdeu sua autonomia e protagonismo no parto e, com a passagem de um ambiente doméstico para o hospital, houve um distanciamento da noção do parto como um processo

fisiológico, passando este a ser cenário de atuação médica (Jardim & Penna, 2012). Disseminou-se a noção de que o corpo feminino é uma máquina imperfeita, que não é capaz de parir sem tecnologia. Neste cenário, prevalece o entendimento de que a parturiente depende do saber médico, e seu saber sobre a fisiologia do seu próprio corpo é desconsiderado (Dias & Deslandes, 2006).

Na década de 1970, alguns profissionais contrários à institucionalização do nascimento começaram a se inspirar nas práticas das parteiras tradicionais e dos índios, e surgiram grupos de terapias alternativas para assistir à gestação. Nos anos 1980 já existiam alguns grupos que ofereciam assistência à gravidez e ao parto de forma alternativa à hegemônica e que militavam por mudanças nas práticas assistenciais vigentes no país (Diniz, 2005).

Nesta década os movimentos feministas foram ganhando cada vez mais destaque nas esferas do poder público, deslocando o eixo da discussão acerca da sexualidade feminina para a contracepção, visando inseri-la no contexto da saúde reprodutiva, como um direito das mulheres. Lutava-se para que qualquer política de saúde da mulher incluísse a contracepção, na tentativa de proporcionar atenção integral à saúde da mulher, e não tratá-la somente como mãe em potencial. Então, em 1984 foi elaborado o PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – com o intuito de abarcar o direito das mulheres de decidirem se queriam ou não ser mães e contemplar todo seu ciclo vital, descolando a saúde da mulher da assistência à saúde materno-infantil (Costa, 2009; Griboski & Guilhem, 2006; Moreira, Barbosa, Mota, Parcero & Moreira, 2013; Nagahama & Santiago, 2005; Nascimento, Proganti, Novoa, Oliveira & Vargens, 2010).

No documento em que foram determinadas as bases de ação programática do PAISM (Brasil, 1984) já figurava a importância do respeito ao desenvolvimento natural do parto, bem como à participação ativa da parturiente no processo, como expresso no trecho abaixo:

Acompanhamento sistemático dos períodos de dilatação, expulsão e dequitação, de modo a garantir que esses processos ocorram, sempre que possível, de forma natural e com a participação ativa da parturiente (Brasil, 1984, p.20).

Nesta época, o movimento em prol da humanização da assistência ao parto ganhava força em vários países ao redor do mundo e começou a ganhar corpo também no Brasil. Os militantes defendiam a necessidade de considerar a totalidade

humana e atentavam para o cuidado na assistência ao nascimento como prática essencial. Desestimulando intervenções desnecessárias e enfatizando a importância de procedimentos centrados nas necessidades das parturientes, tal movimento clamava por um novo paradigma de assistência ao parto (Nagahama & Santiago, 2005).

Desde então, os movimentos sociais tiveram e têm tido extrema importância no que se refere à humanização do parto no país. A partir da década de 1990, a popularização da internet contribuiu para o fortalecimento e a ampliação destes movimentos, possibilitando que as pessoas criassem blogs e se organizassem por meio de fóruns online (Diniz, 2005; Leão, Riesco, Schneck & Angelo, 2013). O movimento em prol da humanização da assistência ao parto propôs mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar/medicalizado no Brasil, pleiteando que houvesse incentivo ao parto vaginal, ao alojamento conjunto, ao aleitamento materno imediatamente após o parto, à presença de um acompanhante, e à atuação de enfermeiras obstétricas nos partos naturais (Tornquist, 2002).

Em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), composta por profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde, que tem desenvolvido um papel importante na militância pela humanização do parto no país. O documento fundador da Rehuna, intitulado Carta de Campinas, denunciava as condições precárias a que as mulheres e os bebês eram submetidos no momento do nascimento, sendo vítimas de violência durante a imposição de práticas rotineiras que muitas vezes constituem-se em interferências obstétricas desnecessárias que acabam por perturbar o andamento natural do trabalho de parto. Este documento ressaltava também a patologização do parto inerente ao modelo vigente, o que alimenta o medo e leva à introjeção da cesárea como a melhor forma de parir (Diniz, 2005). Seguem alguns dos objetivos da construção desta rede expressos na Carta de Campinas (Rehuna, 1993):

Mostrar os riscos à saúde de mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas;

Resgatar o nascimento como evento existencial e sociocultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais;

Revalorizar o nascimento humanizando as posturas e condutas face ao parto e nascimento;

Incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;

Aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento.

Como consequência das discussões e da pressão popular, em 1994 foi inaugurada no Rio de Janeiro a primeira maternidade pública definida como humanizada. A Maternidade Leila Diniz foi concebida com o intuito de ser um projeto piloto da Secretaria Municipal de Saúde cujo objetivo era implantar um modelo de atenção humanizada que reconhecesse a gravidez e o parto como processos fisiológicos, e valorizasse não só os aspectos biológicos do parto, como também seus aspectos sociais, emocionais e afetivos (Domingues, 2002).

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde publicou um documento que fornecia diretrizes baseadas em evidências científicas sobre boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. Neste documento constavam como recomendações o uso do partograma para registrar o monitoramento do progresso do trabalho de parto; a liberdade de movimento durante o trabalho de parto; a oferta de líquidos à parturiente; o contato pele a pele entre mãe e bebê imediatamente após o parto; o incentivo ao aleitamento na primeira hora de vida; o apoio empático por parte dos profissionais; dentre outras (OMS, 2016).

Em 1999 o Ministério da Saúde instituiu o Projeto de Casas de Parto e Maternidades-Modelo no SUS (Brasil, 1999), considerando as experiências positivas de funcionamento dessas instituições para uma assistência de qualidade, humanizada e que respeita a fisiologia do parto. Neste mesmo ano o Ministério da Saúde criou o prêmio Galba Araújo, um reconhecimento para as instituições que valorizam o parto humanizado, a fim de estimular os processos de humanização na assistência à saúde. O prêmio passou a reconhecer e premiar instituições de saúde integradas ao SUS que se destacam no atendimento humanizado à mulher e ao recém-nascido, e que estimulam o parto natural e o aleitamento materno. As diretrizes do prêmio listam alguns dos direitos básicos apontados pela OMS em 1996, que devem ser respeitados para que as instituições sejam premiadas (Brasil, 2001).

Em 2000 o Ministério da Saúde idealizou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), visando garantir a qualidade da assistência com a

realização de um conjunto mínimo de procedimentos (Brasil, 2000). A humanização da assistência ao parto passou a ser entendida como um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes cujo objetivo é aumentar as corresponsabilidades no processo de produção de saúde, considerando os interesses dos diferentes atores envolvidos no parto, respeitando os direitos reprodutivos do casal. Algumas intervenções de rotina no parto hospitalar foram consideradas excessivas e, muitas vezes, desnecessárias e geradoras de risco para a saúde da mãe e do bebê (Griboski & Guilhem, 2006; Nagahama & Santiago, 2005; Nascimento et al., 2010; Tornquist, 2002). Em 2005, passou a vigorar a lei nº 11.108, que garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante de sua escolha durante o parto e o pós-parto imediato, tanto na assistência pública como na privada (Brasil, 2005).

Os movimentos em prol da humanização do parto foram ficando cada vez mais fortes e, em 2007, a rede Parto do Princípio denunciou ao Ministério Público Federal de São Paulo o número excessivo de cesarianas realizadas na assistência suplementar. Depois de três anos de discussões, o MPF-SP acatou parte das propostas da rede e entrou com uma ação exigindo que a Agência Nacional de Saúde tomasse providências para diminuir o número de cesáreas desnecessárias no país. Cabe ressaltar que, nesse mesmo ano de 2010 o Brasil se tornou o campeão mundial de cesáreas, que passaram a ser a via de parto de mais da metade dos bebês nascidos no país (Brasil, 2017). Além disso, nesse mesmo ano a OMS publicou os resultados de um estudo global sobre saúde materno-infantil conduzido pela Organização em três regiões do mundo - América Latina, África e Ásia - entre os anos de 2004 e 2008 (WHO, 2010). Os resultados apontavam para os riscos inerentes à realização de cesarianas sem indicação médica, ressaltando a clara relação entre a cirurgia e consequências adversas de curto prazo para a mãe e para o bebê, tais como morte materna, admissão da mulher à UTI, necessidade de transfusão de sangue, histerectomia, morte fetal e neonatal e internação do bebê na UTI nos primeiros sete dias após o parto. Comparadas ao parto vaginal espontâneo, todas as outras formas de nascer mostraram-se mais propensas a causar riscos adversos à díade mãe-bebê. Segundo o estudo, quando a cesariana é realizada sem indicação médica antes do início do trabalho de parto, os riscos de consequências adversas são seis vezes maiores do que em partos vaginais espontâneos. O documento aponta para um risco intrínseco às cesarianas sem indicação. Segundo a OMS, o aumento do número de cesarianas sugere a existência da crença, pelos

profissionais e pelos usuários dos sistemas de saúde, de que a operação é segura e não apresenta sérios riscos (WHO, 2010).

Em 2011 o Ministério da Saúde lançou a estratégia Rede Cegonha, que consiste em uma rede de cuidados cujo objetivo é assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério; e assegurar ao bebê o direito ao nascimento seguro e ao desenvolvimento saudável. Uma das determinações da portaria que instituiu a Rede Cegonha foi que as práticas de atenção à saúde deveriam ser baseadas em evidências científicas, respaldadas pelo que foi apontado pela Organização Mundial da Saúde em 1996 no documento "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" (Brasil, 2011).

Em 2015, a ANS publicou a resolução nº368/2015 (Brasil, 2015) que instituiu que as operadoras de planos privados de assistência à saúde deveriam fornecer o percentual de cesarianas e partos vaginais realizados por cada obstetra e hospital; fornecer o Cartão da Gestante, no qual deveriam estar contidos os registros de todo o pré-natal; e que os obstetras utilizassem o partograma, documento onde são registradas as ocorrências ao longo do trabalho de parto. A resolução nº368/2015 colocou em pauta a discussão acerca da proibição de cesáreas eletivas no país. Com a obrigatoriedade da documentação da evolução do trabalho de parto no partograma, as cesarianas realizadas deveriam ser justificadas, impossibilitando, então, a realização de cesarianas eletivas, uma vez que os planos de saúde não arcariam mais com os custos de cesarianas sem indicação. No ano seguinte, a ANS publicou a resolução normativa nº 398, que determinou que os médicos deveriam entregar às gestantes a Nota de Orientação à Gestante, prevista no Anexo da RN, na qual o sistema de Saúde Suplementar apresenta os riscos dos altos índices de cirurgias cesarianas desnecessárias (Brasil, 2016a).

Amplos debates começaram a acontecer, atentando para o direito da gestante de escolher o parto desejado e para a autonomia do médico. Em 2016, a Resolução n. 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina – CFM instituiu como direito da gestante a opção por cesarianas eletivas a partir da 39ª semana de gestação, desde que esta tenha recebido informações sobre os riscos e benefícios do parto vaginal e do parto cesáreo. De acordo com o CFM (2016), a medida tem o intuito de garantir o direito de escolha da mulher pela via de parto, que estaria relacionado ao protagonismo feminino no processo de parturição. Também em 2016 a ANS lançou, em parceria com o Ministério da Saúde, o projeto Parto Adequado, com o intuito

de contribuir para a mudança do modelo de atenção ao parto, promovendo o parto normal, com o objetivo de reduzir o número de cesáreas desnecessárias na assistência suplementar e pública (Brasil, 2016b; 2016c).

Atualmente, o modelo de assistência tecnocrático ainda é hegemônico no país e se manifesta de formas distintas no SUS e na assistência suplementar. Nos dispositivos públicos é comum a descontinuidade entre o acompanhamento pré-natal e a assistência ao parto, assim como há prevalência de partos vaginais com intervenções de rotina como episiotomia e administração de ocitocina. Nos dispositivos privados, a cesariana eletiva constitui-se como principal via de parto. Contudo, tanto na assistência pública como na privada frequentemente o direito à informação não é respeitado e a autonomia das mulheres não é estimulada. Além disso, o sistema promove uma questão de classe, disseminando o ideal em que o acesso à tecnologia garante prestígio social, o que leva muitas mulheres que não têm acesso à assistência suplementar a desejarem a cesariana como um bem de consumo (Aquino, 2014). Enquanto no SUS são frequentes os casos de adoecimento e morte por falta de tecnologia apropriada, na assistência suplementar o adoecimento e a morte costumam se dar pelo uso excessivo de tecnologia inapropriada. As cesarianas rotineiras na assistência privada e os partos vaginais medicalizados desconsideram as evidências científicas e as necessidades da população (Leão et al, 2013).

De acordo com Leão et. al (2013), a ampliação da autonomia da mulher no que se refere à gestação e ao parto apresenta-se como uma possibilidade de enfrentamento do cenário epidêmico de cesarianas desnecessárias no qual o Brasil se encontra. Os autores destacam os movimentos sociais como possíveis promotores da autonomia das mulheres, ressaltando o apoio mútuo e o compartilhamento de experiências como ferramentas chave para a construção de relações mais democráticas entre usuários do sistema e os profissionais de saúde.

A lei nº 8.080 (Brasil, 1990) aponta para a preservação da autonomia como um dos princípios a serem seguidos tanto nos serviços públicos disponibilizados pelo SUS como nos serviços privados. A ideia de autonomia, segundo Leão et al, (2013), remete à capacidade individual de tomar decisões responsáveis diante das informações que se tem. No âmbito social, os autores assinalam que a autonomia está referida ao exercício da cidadania e ao direito de escolha. O exercício da autonomia depende, portanto, de condições sociais. Entendendo autonomia como

um processo que se dá a partir das relações de dependência, os autores assinalam que defendê-la nos processos de saúde é democratizar as relações entre profissionais e usuários, reconhecendo a voz ativa de ambos. Assinala-se que a corresponsabilidade no processo terapêutico, valorizando as necessidades, expectativas e desejos do usuário, está relacionada a melhores resultados em saúde. Os autores ressaltam que não se trata de uma autonomia absoluta, mas sim uma autonomia relativa e relacional, que precisa de investimento contínuo para que se estabeleça (Leão et al, 2013).

Os movimentos sociais têm sido significativos na luta pela reivindicação dos direitos das mulheres no campo da parturição, sendo a humanização do parto um componente expressivo dentro da luta pela garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, assim como a contracepção e o aborto. Este é também um ponto importante na agenda feminista, que busca desconstruir as relações hierárquicas de gênero, alimentadas pela biomedicina. O movimento feminista tem sido fundamental na construção de políticas públicas voltadas para o tema no país. Contudo, são crescentes as representações conservadoras e religiosas no parlamento e no governo, resultando em um recuo político no que diz respeito a essa pauta, tida como mais progressista, em prol do fortalecimento do denominado materno-infantilismo. Aquino (2014) cita a estratégia denominada Rede Cegonha como exemplo do encolhimento da agenda feminista na construção do SUS, uma vez que o nome conferido ao programa dessexualiza a reprodução, conferindo ênfase ao feto. Dessa forma, as soluções para a humanização do parto no Brasil não são somente técnicas, mas essencialmente políticas. É imperativo ressaltar a interseção entre gênero, classe social, raça/etnia e sexualidade na produção/reprodução de desigualdades sociais em saúde. Nesse sentido, é fundamental assegurar a humanização da assistência baseada não só em evidências científicas, como também nos direitos das mulheres (Aquino, 2014).

O direito à cidadania está destacado no documento publicado pelo Ministério da Saúde intitulado Carta de Direitos dos Usuários de Saúde (Brasil, 2007), que determina a importância do respeito aos valores e direitos dos cidadãos. A ideia é que, a partir das informações fornecidas pelos profissionais de saúde, os cidadãos possam consentir ou recusar qualquer procedimento médico, a não ser que sua condição acarrete em risco para a saúde pública.

Apesar de as políticas de Humanização e de a garantia dos direitos dos usuários terem sido instituídas, o SUS ainda enfrenta a fragmentação dos processos de trabalho na rede assistencial, além de haver precária interação entre os diferentes profissionais, verticalização do sistema e baixo investimento na qualificação dos profissionais. A forma como os profissionais são assistidos impacta diretamente sua postura para com o usuário do serviço, contribuindo para ações desumanizadas (Oliveira, Collet & Vieira, 2006). Contudo, é justamente a postura profissional uma das principais mudanças propostas pela humanização do parto.

A maioria das mulheres entrevistadas na pesquisa *Nascer no Brasil - primeira no país* cujo objetivo foi estudar o nascimento em âmbito nacional, financiada pelo Ministério da Saúde - associou a forma como foram atendidas pelos profissionais de saúde com seu grau de satisfação no parto (Leal et al., 2014). Tal dado demonstra a relevância das relações interpessoais no momento do nascimento e a importância da mudança não somente nas práticas assistenciais e nas políticas públicas, mas na postura dos profissionais no trato com os usuários.

A atenção ao nascimento vive um momento muito especial no Brasil. São crescentes os movimentos de mulheres e profissionais em prol da humanização do parto e o interesse do Ministério da Saúde em reverter o atual cenário obstétrico no país. As dificuldades não estão relacionadas somente às intervenções realizadas e ao cenário político, mas à forma como os profissionais de saúde compreendem o parto e se relacionam com quem está parindo. Se o parto é significado como um evento patológico, medonho e doloroso, as intervenções obstétricas são entendidas como estando à serviço da mulher, evitando que passe por essa experiência aterrorizante. A cesariana de rotina oferece a experiência de um parto moderno, conveniente em termos de datas e horários, racional, e que não envolve a genitália feminina, apagando a dimensão sexual inerente ao ato de parir (Diniz, 2005). Por esses e outros motivos, apesar de o índice de cesarianas ter caído em 1,5 ponto percentual em 2015, esta ainda é a via de parto da maioria dos nascimentos no Brasil (Brasil, 2017). A seguir, discutiremos os valores que regem o modelo tecnocrático de assistência a fim de compreendermos os pilares que fazem deste o paradigma hegemônico no país.

## 2.2. O modelo tecnocrático de assistência ao parto

O modelo ocidental de assistência ao parto anterior à obstetrícia médica era altamente influenciado pelos valores da Igreja Católica, que significava as dores do parto como pena pelo pecado original, disseminando a importância de as mulheres vivenciarem essas dores e dificultando qualquer recurso que as aliviasse. A obstetrícia médica, nascida no contexto do projeto Moderno, se afastou da Igreja, passando a expressar uma preocupação em resolver a questão da dor no parto, apresentando-se como salvadora das mulheres, que passaram a ser descritas não mais como pecadoras que devem expiar sua culpa passando pelas dores do parto, mas como vítimas da sua própria natureza. O parto passou a ser compreendido como evento patológico, que implicaria sempre em riscos, danos e sofrimento, e o papel do obstetra seria combater os perigos inerentes a esse evento, salvando as mulheres e os bebês dessa experiência violenta. O nascimento, segundo Diniz (2005), teria sido significado como uma espécie de estupro invertido, um evento medonho.

A incorporação da obstetrícia pelos médicos se deu inicialmente na Europa nos séculos XVII e XVIII, sendo a participação masculina no parto pouco frequente antes desse período. Os homens começaram a ser inseridos no parto em situações muito específicas em que havia complicações graves e eram convocados para realizar procedimentos como hemostasia, sutura e drenagens. A presença masculina despertava inquietude nas parturientes, pois era sinal de que algo fora do esperado estava acontecendo (Wolf & Vasconcelos, 2004).

A criação das maternidades se deu no século XIX, e teve como objetivo criar espaços para o ensino e a prática da medicina e promover segurança para as parturientes. Assim, de evento doméstico, feminino, fisiológico, social e familiar, o parto transformou-se em evento médico, masculino e institucional, no qual o controle do risco de complicações tornou-se regra. Nascia o modelo tecnocrático de assistência ao parto (Sanfelice, Abbud, Pregnoatto, Silva & Shimo, 2014).

A obstetrícia passava, então, a disponibilizar solidariedade científica e reivindicar superioridade no ofício de partejar, chegando a oferecer um apagamento da experiência do parto como recurso para lidar com esse processo doloroso. O parto com sedação total da mulher começou a ser realizado na década de 1910 nos Estados Unidos e na Europa e, durante algumas décadas do século XX, foi comum que mulheres das elites de diferentes países ao redor do mundo estivessem

inconscientes no nascimento de seus filhos. Como um dos medicamentos utilizados era alucinógeno, era comum que as mulheres se debatessem durante o parto e, para evitar que isso acontecesse, tinham seus braços amarrados e por vezes terminavam o parto cheias de hematomas. Após algumas décadas, quando os índices de mortalidade materna e infantil foram considerados inaceitáveis, essa prática de sedação completa foi abandonada. Contudo, com a invenção de outras formas de anestesia mais seguras, persistiu o modelo de intervenção industrial no parto (Diniz, 2005).

O parto domiciliar prevaleceu na maioria das cidades do interior da Europa até os anos posteriores à Segunda Guerra Mundial, tendo a hospitalização avançado primeiramente nas áreas urbanas. Dessa forma, diferindo do modo como passaram a nascer os bebês nos grandes centros urbanos europeus, o nascimento no campo, feito por parteiras, era tido como sintoma de atraso, sujeira e rusticidade. O parto hospitalar foi sendo associado à civilidade em diversos países ocidentais capitalistas, inclusive para os denominados de terceiro mundo, que assimilaram a ideia de progresso como reprodução dos costumes dos países de primeiro mundo. A urbanização e a modernização, com o apelo da civilidade, foram essenciais na transferência do parto para o espaço público e, na metade do século XX, o parto hospitalar tornou-se majoritário dentre os nascimentos nos centros urbanos de vários países (Tornquist, 2004). Mesmo sem evidências científicas consistentes que apontassem para o parto hospitalar como mais seguro do que o domiciliar ou em casas de parto, o processo de hospitalização do parto estava consolidado em muitos países na metade do século XX, chegando a ser proibida a prática de partos não hospitalares em alguns deles (Diniz, 2005).

Embora tenha começado depois de países como a França e a Inglaterra, nos Estados Unidos o processo de institucionalização do parto foi tão forte que rapidamente tornou-se hegemônico. O processo neste país foi tão radical e avassalador que banuiu o conhecimento popular do campo da saúde e, diferentemente do que aconteceu em outros países, as parteiras foram proibidas de exercer o ofício (Tornquist, 2004).

Após a Segunda Guerra Mundial as maternidades e a hospitalização do parto passaram a ser realidade para a maioria da população em diversos países ou, senão, ao menos passaram a ser consideradas como um modelo a ser seguido. Os progressos da medicina reduziram as taxas de mortalidade materno-infantil, o que

Tornquist (2004) assinala ter menos a ver com o uso de tecnologias sofisticadas, e mais com cuidados básicos de prevenção. Além disso, a autora observa que no início dos processos de hospitalização, as taxas de infecção puerperal aumentaram consideravelmente, só declinando algum tempo depois.

De acordo com Davis-Floyd (2001), já é claro há mais de 20 anos que a maioria dos procedimentos obstétricos realizados de forma rotineira não tem evidências científicas que os justifiquem. Nesse sentido, eles não são realizados devido à eficácia médica, mas devido ao modelo cultural que ajudam a sustentar: o paradigma tecnocrático. O principal valor intrínseco a esse paradigma é o princípio da separação, segundo o qual para que possamos compreender melhor determinado fenômeno ele deve ser retirado de seu contexto. É um modelo pautado pela herança cartesiana, que separa mente e corpo e compreende o corpo como máquina. Essa ideia parte do princípio de que a mente e o espírito podem permanecer intactos enquanto o corpo é investigado, manipulado, tratado. Dessa forma, os médicos estão livres de qualquer responsabilidade sobre os impactos de sua prática na mente e no espírito de seus pacientes.

Como a mecanização do corpo se deu em uma sociedade pautada por valores patriarcais, o corpo masculino foi se firmando como o protótipo do corpo-máquina em perfeito funcionamento, enquanto o corpo feminino, desviante do padrão, foi sendo significado como defeituoso e perigoso devido às influências imprevisíveis da natureza. Assim, o corpo feminino foi se tornando alvo de constante manipulação pelo homem. Como consequência, a metáfora do corpo feminino como máquina imperfeita tornou-se a base filosófica da obstetrícia moderna. Em um contexto pós Revolução Industrial, a maternidade ganhou ares de fábrica, a parturiente, de máquina, e o bebê, de produto (Davis-Floyd, 2001).

O modelo tecnocrático de assistência ao parto confere ao médico o protagonismo no evento, cabendo a ele a responsabilidade e a autoridade para conduzir ativamente o processo, o que promove alienação da parturiente em relação ao profissional. Além disso, não reconhece o estado emocional da mulher e as condições ambientais como dificultadoras ou facilitadoras no andamento do trabalho de parto; preconiza a atuação intervencionista do médico, supervalorizando o uso da tecnologia; e direciona o sistema para o lucro (Sanfelice et al., 2014).

No modelo tecnocrático de assistência, há uma tendência à objetificação dos pacientes, que geralmente faz parte do treinamento da profissão: é preciso se alienar da personalidade do paciente para se proteger, evitando envolvimento emocional. A cura é compreendida como se dando de fora para dentro: é o médico que, pautado pela tecnologia, vai diagnosticar, tratar e curar as doenças. A tecnologia é considerada como essencial para uma atenção à saúde de qualidade, perpassando o processo de nascimento desde as ultrassonografias até o monitoramento eletrônico fetal durante o trabalho de parto. Davis-Floyd (2001) assinala que, simbolicamente, a tecnologia representa a ligação da mulher ao hospital, sendo o soro intravenoso, o cordão umbilical.

O progresso é entendido como equivalente ao avanço das tecnologias: quanto mais máquinas, melhor é a assistência. Contudo, Davis-Floyd (2001) assinala que a rápida aceitação e difusão das tecnologias mais tem a ver com seu valor simbólico do que com sua eficácia propriamente dita. É como se as máquinas garantissem amparo para os profissionais. A autora exemplifica esse poder simbólico das máquinas no campo da obstetrícia, apontando para alguns relatos de profissionais que relutavam em desconectar o monitoramento dos batimentos cardíacos materno e fetal, com receio de que seus corações parassem de bater de fato. Apesar de racionalmente saberem que não fazia sentido, esses profissionais se encontravam, de alguma forma, entrelaçados emocionalmente ao poder simbólico das máquinas.

Dessa forma, o modelo de assistência tecnocrático é fruto da organização social denominada tecnocracia, organizada de forma hierárquica e pautada na ideia de que o avanço tecnológico é fonte de poder político. O poder é conferido hierarquicamente ao grupo médico, que detém o uso da tecnologia, e as necessidades individuais são subordinadas às práticas institucionais. O poder médico é expresso muitas vezes pelo uso de jargões incompreensíveis para os usuários do serviço, e pelo tratamento delineado integralmente pelo profissional, que geralmente não está aberto a alternativas que escapem a este paradigma (Davis-Floyd, 2001). Esta organização social que tem como fruto a medicalização do parto significa vivências de sofrimento e dor como necessidades médicas. A consequência desse processo sociocultural é o declínio da autonomia dos sujeitos no gerenciamento de tais vivências (Leão et al, 2013).

Além da linguagem técnica impessoal e das práticas autoritárias de poder, o paciente muitas vezes é infantilizado. As práticas vão da homogeneização dos usuários até a indiferença; os profissionais não chamam o paciente pelo nome, não olham em seus olhos, além de, por vezes, lhes faltarem com respeito, gritando ou ignorando sua voz (Oliveira, Collet & Vieira, 2006). Nesse cenário, o paciente deixa de ter responsabilidade pelo seu tratamento, sendo a responsabilidade transferida às mãos do médico, e muitas vezes acaba abdicando daquilo que acredita ser bom para si em favor das prescrições médicas (Davis-Floyd, 2001).

A padronização da assistência ao parto é notória na maioria das maternidades, e muitos dos procedimentos de rotina são realizados sem comprovação científica. A realização do parto na posição de litotomia é um grande exemplo da prevalência do poder médico em detrimento da fisiologia do parto, uma vez que sua realização se dá pela praticidade e pelo conforto que confere ao profissional e não à parturiente. Essa posição sabidamente dificulta o avanço do trabalho de parto, mas é realizada mesmo assim, uma vez que é mais conveniente e confere mais poder ao profissional. Como consequência deste modelo, é frequente que os médicos sejam culpabilizados pela morte de seus pacientes ou por algum tipo de complicação em sua saúde, situações que não podem ser evitadas e nem controladas por nenhum humano. Nos E.U.A. são cada vez mais frequentes os processos contra os médicos, denotando essa consequência da centralização do poder nas mãos da categoria (Davis-Floyd, 2001).

Desde a Revolução Industrial, as sociedades ocidentais vêm buscando dominar a natureza e, quanto mais controle foi-se adquirindo sobre corpos e sobre os fenômenos naturais, mais foi-se temendo aqueles sobre os quais não se consegue ter controle. O nascimento é um evento caótico por excelência, a princípio incontrolável e imprevisível. Então, o uso da tecnologia permite que o controlemos. Contudo, sobre a morte não se pode ter controle e, então, tendo aumentado o medo de morrer, nascer passa a consistir na evitação da morte. Nesse sentido, o que orienta a prática de intervenções desnecessárias e sem comprovação científica no parto tecnocrático é o medo da morte. Esses procedimentos promovem a ilusão de segurança tanto para o médico como para a parturiente, mas, na realidade, eles geralmente geram mais problemas do que solucionam (Davis-Floyd, 2001). O uso abusivo da cesariana, por exemplo, é contraproducente, uma vez que produz morbidade e mortalidade materna e neonatal, havendo evidências de alta incidência

de complicações respiratórias em bebês cujas mães não entraram em trabalho de parto (Leão et al, 2013).

O desenvolvimento tecnológico traz benefícios e avanços no campo da saúde, mas tem também contribuído para a promoção de práticas desumanizadoras. O uso da tecnologia, a objetividade e o rigor científico pressupostos neste paradigma de assistência eliminam a palavra como condição humana por excelência; o ato técnico elimina a dignidade da palavra, uma vez que a objetifica, despersonalizando-a em uma investigação fria e objetiva, reduzida a mera troca de informações. O lado humano, simbólico por excelência, fica de fora da interação. A palavra como ferramenta humana inserida nos processos de saúde é necessariamente subjetiva, e precisa do reconhecimento do outro para que tenha eficácia simbólica (Oliveira, Collet & Vieira, 2006). A dimensão desumanizante do paradigma tecnocrático é, portanto, a evitação da palavra, que constitui-se como aspecto fundamental da assistência regida pela humanização.

### **2.3. O movimento de humanização do parto**

Já na década de 1950 alguns profissionais passaram a questionar o modelo de parto tecnocrático e, a partir de então, foram constituindo movimentos como Parto sem Medo e Parto sem violência, baseados nos métodos propostos por Dick Read, Lamaze e Leboyer. Com os movimentos contracultura, surgiu também o movimento pelo parto natural. O movimento feminista sempre foi de suma importância para a problematização da assistência ao parto e a atenção aos direitos humanos durante o processo (Diniz, 2005).

Em diferentes épocas da história a concepção do que é humano ou humanidade variou extremamente de um contexto para outro. Em muitas comunidades primitivas, a diferença entre os animais, tidos como deuses da terra, e os seres humanos era pouco clara. Em algumas, a palavra Eu não existia, sendo a unidade de identidade mais próxima da que entendemos hoje conferida ao grupo. Algo similar à noção de ser humano poderia ser atribuído aos membros de um clã ou de uma tribo, mas os membros de outras sociedades já escapavam a essa identificação. Foi na Modernidade que a categoria humano se universalizou, integrando todos os seres humanos em uma categoria comum: a humanidade. O humano passou a ser compreendido, desde então, como fruto da combinação entre

“a materialidade do corpo, a imagem do corpo e a palavra que se inscreve no corpo” (Oliveira, Collet & Vieira, 2006, p. 279).

O que marca a diferença entre o humano e os demais animais é o fato de que seu corpo, desde o nascimento, é enredado em uma teia de imagens e palavras, apresentadas por um outro humano, que vão tornando-o um ser singular. A linguagem torna possível a construção da rede compartilhada de significados, que garante uma identidade cultural. O ser humano é capaz, a partir da construção dessa rede de significados, de transformar imagem em obra de arte, palavra em poesia, som em música, ignorância em conhecimento. Assim se produz cultura, assim se produz ciência (Oliveira, Collet & Vieira, 2006).

Em cada contexto social, a cultura e o conhecimento se estabelecerão de determinada forma. Cada sociedade propõe, a seu modo, respostas para as perguntas eminentemente humanas, como: de onde viemos e para onde vamos? Qual o sentido da vida? O que é a morte?, entre outras. Essas respostas servem como pontos de orientação, um amparo diante do desconhecido. Nesse sentido, as elaborações filosóficas e/ou científicas vão se firmando como promessas de dar conta de angústias humanas bastante primitivas, como a morte por exemplo (Oliveira, Collet & Vieira, 2006).

O homem Moderno nasceu pautado pela objetividade: o rigor científico das ciências naturais daria conta de resolver suas angústias. Assim, as manifestações subjetivas foram perdendo espaço legítimo de expressão. Hoje, fruto do projeto Moderno, mas também do individualismo e do capitalismo exacerbado, difunde-se a ilusão de uma autonomia absoluta, de um homem construído por si mesmo. Para sustentar essa noção de homem, as relações mantêm-se mais frias e distantes, e cada um segue centrado em si mesmo, no seu trabalho e atividades de vida cotidiana, isto é, cada vez mais distantes da família, dos amigos, ou seja, daqueles com os quais possui vínculo significativo. Um homem muito menos humanizado, disseram Oliveira, Collet e Vieira (2006). Nesse sentido, humanizar seria garantir o acesso à palavra, assegurando sua dignidade ética. Ou seja, é preciso que um ser humano reconheça a palavra dos demais seres humanos como legítima, como forma de acesso ao mundo pessoal de cada um. Dessa forma, entendemos que não há humanização sem comunicação, sem troca legítima de palavras; a humanização depende do exercício das capacidades de ouvir e de falar genuinamente com o outro. Ou seja, é preciso viabilizar o diálogo não só como técnica, mas como forma de

acessar o outro, para então compreendê-lo e traçar metas conjuntas que propiciem seu bem-estar (Oliveira, Collet & Vieira, 2006).

O paradigma de humanização do parto surgiu como um esforço dos profissionais de saúde de tentar reformar a assistência a partir do interior do sistema médico. Humanizar a assistência implica em garantir lugar à palavra, tanto do usuário como do profissional, visando o estabelecimento de uma rede de diálogo pautada no respeito e no reconhecimento mútuos. A cura aqui passa a ser compreendida como proveniente do encontro entre o que vem de dentro e o que vem de fora. Muitas vezes a queixa inicial mascara um problema subjacente. Nesse sentido, saber ouvir o paciente é tão importante quanto saber o que dizer para ele. É preciso que os profissionais saibam ouvir não só a queixa inicial, mas também o que está subjacente para que ambos, profissional e paciente, possam, então, delinear o tratamento. É a partir dessa escuta que o senso de autonomia pode ser encorajado. Os polos empoderamento e dependência estão entrelaçados na relação profissional-paciente, o que torna o encontro potente no sentido de promoção da autonomia (Davis-Floyd, 2001).

Os profissionais orientados pela humanização fazem intensas críticas ao modelo de parto hospitalar vigente, que toma o corpo das parturientes como máquina, o que destitui seu poder, além de não reconhecer seus sentimentos, e faz com que elas próprias se coloquem de forma passiva para que possam ser atendidas. Questionam a neutralidade e a objetividade médicas por suscitarem interações frias e distanciadas, apontando para o caráter iatrogênico do processo por não considerar a integralidade dos sujeitos. Problematizam também a presença de um número excessivo de profissionais no cenário de atendimento - nos casos de hospitais-escola, por exemplo -, apesar de poucas tentativas de estabelecimento de diálogo sobre as dúvidas e compartilhamento de decisões com quem está sendo atendido. Dessa forma, o Movimento pela Humanização questiona a racionalidade científica ocidental, que tende a produzir uma fragmentação que dificulta uma visão integral do ser humano (Deslandes, 2006; Dias & Deslandes, 2006; Morsch & Aragão, 2006).

Os defensores da humanização reconhecem a influência recíproca entre mente e corpo e advogam formas de tratamento destinadas a ambos. O corpo é entendido como um organismo e não uma máquina, o que impacta diretamente a forma como se pensa o tratamento. Diferentemente das máquinas, organismos vivos

sentem dor e respondem positivamente diante de interações com outros organismos vivos, como um toque carinhoso ou uma fala apaziguadora. Dessa forma, a postura profissional condizente com esse paradigma envolve gentileza, cuidado, carinho, troca de olhares e respeito (Davis-Floyd, 2001). Essa postura tem significado especial para as parturientes, que estão prestes a receber seus bebês e precisarão estabelecer trocas afetivas com ele.

Os profissionais orientados pelo modelo de humanização buscam estabelecer uma relação com seus pacientes como sujeitos, atentando para sua história de vida e para o contexto em que estão inseridos no momento do tratamento. Uma vez que amparo social de qualidade é associado a melhores chances de cura, no parto entende-se que as complicações decorrentes de sentimentos da parturiente podem ser evitadas ou manejadas por meio do suporte emocional (Davis-Floyd, 2001).

Enquanto o modelo tecnocrático tem como valor principal o princípio da separação, aqui o que é valorizado é o princípio da conexão. Conexão do paciente consigo mesmo, com sua família, com a sociedade e com os profissionais de saúde. Nesse paradigma, a relação entre profissional e paciente é fundamental para os processos de cura; é somente a partir dessa relação que o tratamento pode se dar. No parto, o exemplo mais significativo da importância das relações nos processos de saúde relaciona-se ao papel desempenhado pela doula, profissional cujo objetivo é promover suporte emocional durante o parto (Davis-Floyd, 2001). Silva, Barros, Jorge, Melo e Ferreira Junior (2012) concluíram que a presença da doula aumenta a qualidade da interação mãe-bebê no pós-parto, contribui para uma amamentação bem-sucedida e para a prevenção da depressão pós-parto.

Na década de 1970, muitos ativistas ao redor do mundo começaram a lutar pela presença paterna no parto; para que mãe e bebê não fossem separados após o parto; e pela presença de acompanhantes no parto, se esse fosse o desejo da mãe. Desde então defende-se que a presença de pessoas significativas para a parturiente e que promovam amparo para ela durante o trabalho de parto pode não só tornar o parto uma experiência mais prazerosa, mas é central para que se torne uma experiência positiva, não traumática, e para que o parto se desenrole com mais tranquilidade (Davis-Floyd, 2001).

Os processos subjetivos desempenham papel importante neste paradigma de atenção e a empatia é uma ferramenta essencial. Entende-se que os pacientes têm o

direito de entender os riscos e os benefícios de cada caminho possível de tratamento e, em conjunto com o profissional, optar por aquele que mais faz sentido para si. Os profissionais orientados pelo paradigma da humanização buscam caminhos que contemplem tanto as evidências científicas como as necessidades e desejos daqueles que estão sendo atendidos. É importante ressaltar aqui que não se trata de atender integralmente ao desejo do paciente. No caso do parto, por exemplo, é sabido que a administração da peridural com menos de 5 cm de dilatação pode diminuir o ritmo do parto, então, mesmo que a parturiente queira, é preciso que o profissional a ajude a buscar outras formas de aliviar a dor (Davis-Floyd, 2001). Como já ressaltamos anteriormente, é sabido também que há um risco intrínseco às cesarianas sem indicação (WHO, 2010), então, nesse sentido, entende-se que a cirurgia não deve ser eletiva, sendo necessário que o profissional busque compreender junto à parturiente o que faz com que ela deseje essa via de parto e a ampare para que ela se sinta segura em um parto natural.

Neste paradigma a morte não é temida, mas compreendida como um processo que faz parte da vida, assim como o nascimento. Consiste em uma oportunidade de cura para quem fica, a partir dos processos subjetivos que promove. Quando há morte do bebê durante o parto, por exemplo, profissionais orientados pelo modelo tecnocrático evitam que os pais tenham contato com o bebê morto, levando seu corpo embora, na tentativa de evitar o contato com a morte. Profissionais orientados pelo modelo de humanização entendem que a morte pode ser um dos desfechos do parto, e permitem que os pais que assim desejarem fiquem com o bebê morto pelo tempo que precisarem, para que a dor da morte não seja aumentada pela dor da separação súbita (Davis-Floyd, 2001).

O profissional de saúde é exposto cotidianamente em sua prática a questões centrais para o humano, como a morte, por exemplo. O contato frequente com a dor e o sofrimento do outro e a responsabilidade de auxiliar nesses processos, fazem emergir conflitos no próprio profissional, sendo imprescindível que desenvolva formas de cuidar de si diante da dor do outro. Caso contrário, o profissional pode desenvolver mecanismos de defesa muito rígidos, que podem acarretar em um empobrecimento de suas relações, tanto profissionais como pessoais. Dessa forma, é condição essencial que os profissionais sejam amparados institucionalmente para que possam desenvolver uma assistência humanizada (Oliveira, Collet & Vieira, 2006).

De acordo com Tavolaro e Tavolaro (2011) o ideal de Parto Humanizado surgiu como consequência das noções de parto natural e casal grávido (Salem, 2007) que vinham sendo apregoadas em décadas anteriores. Tais concepções estão relacionadas a valores pós-tradicionais como liberdade, escolha, desejo e autonomia, inerentes à ideologia individualista. Essas noções passaram a se tornar aspirações de alguns setores de camadas médias urbanas e, a partir daí, o parto foi se tornando “um ritual demarcador de diferença daqueles que pretendiam romper com os modelos de família tradicional” (Tavolaro & Tavolaro, 2011, p.46).

As décadas de 1970 e 1980 foram significativas nas mudanças que ocorreram na organização familiar no último século. O intenso processo de urbanização e modernização estimulado nas décadas anteriores resultou na expansão do individualismo e valores como autonomia, liberdade, escolha e desejo foram incorporados pelas novas gerações que passaram a buscar um rompimento com os padrões familiares anteriores, tidos como tradicionais. Dessa forma, houve mudanças na concepção de casamento e também no que se entende por maternidade e paternidade. Os movimentos feministas contribuíram para o surgimento do ideal de casal igualitário, bem como para a inserção paterna nos cuidados com os filhos. Nesse contexto, o parto tornou-se parte do processo de rompimento com o tradicional, e os casais grávidos passaram a buscar informações sobre o nascimento com profissionais de diferentes áreas, como enfermeiros, psicólogos, terapeutas corporais, médicos, e não mais nas gerações anteriores. Passou a haver recusa às formas tradicionais de aconselhamento pautadas na experiência de outras gerações e o vazio gerado por essa recusa passou a ser preenchido por outras redes de sociabilidade fora do núcleo familiar (Tornquist, 2004).

A escolha e a autonomia da mulher são valores amplamente defendidos pelo ideário de humanização, o que denota seu caráter individualista pós-tradicional. Contudo, apesar de o ideário ser fruto de uma organização social pautada pela lógica que garante ao indivíduo ingerência sobre os processos, Tavolaro e Tavolaro (2011) apontam para a importância atribuída aos aspectos fisiológicos, que, segundo eles, supõe o corpo como um dos elementos que constituem a experiência do Eu e não como passível de modelação pela subjetividade. Ou seja, quando se trata de processos fisiológicos a ideia de escolha não cabe. Existiria, portanto, algum tipo de mandato, seja ele inconsciente ou biológico, que retiraria o parto do âmbito das escolhas individuais.

Tornquist (2002) aponta para o que considera serem armadilhas inerentes ao ideário de humanização. A autora assinala que o termo humanização pode reforçar uma concepção a-histórica de ser humano, na qual a dimensão cultural é vista como uma mazela da qual a mulher deveria livrar-se, para que pudesse, então, se religar aos instintos perdidos. A humanização estaria de certa forma contraposta à cultura, sendo a última responsável por um distanciamento da essência humana, e não uma condição humana da qual não se pode escapar. Neste sentido, a autora ressalta que se, por um lado, as críticas do movimento de humanização do parto dão positividade ao corpo da mulher e à experiência feminina de parir, contrapondo-se à tradição obstétrica ocidental pautada por representações negativas do corpo feminino, por outro, ao apontar para um instinto feminino no parto, o ideário acaba por sugerir uma essência feminina universal, desconsiderando a dimensão simbólica e equivalendo, de certa forma, feminilidade e maternidade. O empoderamento das mulheres seria fruto do resgate dos poderes e saberes femininos que foram se perdendo ao longo da História devido às práticas civilizatórias – e, portanto, culturais – às quais foram submetidas. Tais poderes e saberes estariam referidos à condição natural, biológica e instintiva da mulher, ou seja, ao seu instinto maternal. Neste sentido, a autora assinala que o ideário pode imprimir ares de normatividade, reforçando um modelo ideal de parturição, além de reforçar a dicotomia natureza *versus* cultura.

Tornquist (2002) afirma que as mulheres certamente foram expropriadas de seus saberes e poderes no campo da parturição, e que recuperá-los é um ato político de extrema importância. Contudo, a autora aponta para a importância da discussão sobre os desdobramentos dos discursos acerca da humanização do parto, na medida em que podem reproduzir categorias normativas como instinto materno e natureza. Corre-se o risco de novamente as mulheres seguirem prescrições postuladas por saberes científicos, que ditam qual a melhor forma de parir, sendo o “parto ideal” frequentemente distante da realidade de muitas mulheres do país.

Diferentemente de Tornquist (2002), entendemos que o paradigma de humanização é muito mais atravessado pelos processos simbólicos e relacionais do que pelo retorno ao natural. Concordamos com a autora sobre o que considera armadilhas do ideário, pois há risco de que uma sociedade pautada pela dicotomia mente *versus* corpo incorpore o paradigma de forma fragmentada. Em nosso olhar, o risco do paradigma penderia muito mais para o lado da desconsideração dos

aspectos biológicos em prol de um subjetivismo exacerbado do que o contrário. Por ter nascido em um contexto extremamente individualista, em que o poder atribuído ao Eu transcende o limite do possível, consideramos que o maior risco do paradigma de Humanização seja sim sua assimilação fragmentada, mas a partir dos conceitos de liberdade e escolha individual, como se ao paciente coubesse integralmente o delineamento do tratamento, ignorando as evidências científicas. Contudo, a importância do respeito à fisiologia do parto é imensamente ressaltada e, como já dissemos anteriormente, não é passível de modulação pelo sujeito, apesar de o ambiente ser entendido como capaz de impactar o andamento dos processos fisiológicos.

Nesse sentido, a relevância dos aspectos fisiológicos presentes no ideário de humanização pode apontar não só para a noção de instinto materno, como sinalizado por Tornquist (2002), mas também para a percepção acerca da integralidade dos sujeitos. De acordo com Deslandes (2006), em uma perspectiva construcionista, humanizar o parto implica perceber a indissociabilidade entre as dimensões biológica, psíquica e cultural no nascimento, trazendo a experiência da parturição para o campo do simbólico. A autora resalta que os seres humanos têm necessidades tanto fisiológicas quanto psicológicas e, para que haja um cuidado humanizado, é necessário que as pessoas sejam consideradas em sua integralidade. Neste mesmo sentido, Dias e Deslandes (2006) afirmam que este modelo resalta a confiança no corpo da mulher e valoriza aspectos psíquicos, biológicos, sociais e culturais do nascimento.

Apesar de as políticas de humanização brasileiras, assim como as produções teóricas sobre o tema, apontarem para a importância da transmissão simbólica e do amparo no parto, significando o evento como iminentemente coletivo, é comum que no senso comum conceitos como liberdade e escolha sejam compreendidos e apregoados de forma diferente do que é veiculado no meio acadêmico. Esses são valores inerentes ao modelo de organização social individualista, hegemônico na atualidade. Nesse sentido, no próximo capítulo abordaremos os ideários envolvidos na construção do que se entende por humanização do parto, que abarcam noções como liberdade, escolha e autonomia. Para isso, debateremos sobre a forma como está organizada a sociedade contemporânea, assim como os modelos de subjetivação inerentes a esse contexto.

### **3. Escolha, liberdade e autonomia no parto: os processos contemporâneos de subjetivação**

Pós-Modernidade, Sociedade em rede, Sociedade Pós-Tradicional, Modernidade Líquida. São diferentes nomenclaturas utilizadas por diversos autores para se referir ao período de tempo compreendido entre meados do século XX e os dias atuais, destacando que a sociedade está passando por significativas transformações. Com as mudanças sociais, conseqüentemente os processos de subjetivação também se alteram, dando lugar à construção de identidades marcadas por características próprias do contexto no qual estão inseridas. Sendo o foco deste tempo maior no indivíduo e menor na coletividade, a atenção é voltada aos processos de singularização e liberdade individual, que seria alcançada por meio dos esforços do próprio sujeito. Fazemo-nos, então, a seguinte pergunta: é possível haver liberdade individual sem suporte social? Aqui, optamos por seguir o referencial winnicottiano, segundo o qual a independência individual nunca se dá por completo, mas é possível enquanto intenção somente a partir das relações de dependência com outros humanos. Portanto, entendemos que sem amparo de outros humanos os processos de singularização humana não são possíveis. No presente capítulo, dialogaremos com alguns autores que propõem teorizações sobre os processos de subjetivação na atualidade, a fim de debatermos a importância do amparo social para o acesso à autonomia individual no parto.

#### **3.1. O parto como bem de consumo: os processos de individualização e a imposição da escolha**

Ao discorrer sobre a sociedade contemporânea, Elias (1987/1994) atenta para a caracterização do que se entende por indivíduo, uma entidade autônoma, um ser quase agrupal, independente dos demais e singular. O autor discorre sobre a balança nós-eu, que na atualidade se encontra muito mais inclinada para o eu, diferentemente do que ocorria em outros contextos socio-históricos, em que a identidade-nós tinha muito mais peso do que a identidade-eu na constituição subjetiva.

Elias (1987/1994) nos remete ao estágio das repúblicas ateniense e romana, onde não havia nenhum termo equivalente ao que entendemos por indivíduo na atualidade, e as pessoas que não desempenhavam nenhuma função no Estado eram

desvalorizadas. O termo indivíduo foi cunhado pela primeira vez no século XVII, quando se começou a distinguir ações coletivas de ações individuais. Essa foi a etapa inicial de construção de um conceito que, no século XIX, ganharia novos contornos, resultando mais tarde no individualismo tal como o conhecemos hoje e na oposição entre os termos indivíduo e sociedade que está posta na atualidade. A partir do Renascimento, se deram mudanças significativas no equilíbrio entre a identidade-eu e a identidade-nós. Se antes a balança pendia muito mais para o lado da identidade-nós, sendo a vinculação ao grupo social muito mais relevante nos processos de constituição subjetiva do que a individualização, a partir do Renascimento a balança começou a pender para o lado oposto, garantindo maior enfoque à identidade-eu, aos processos de singularização (Elias, 1987/1994; Santos, 2013).

Descartes foi figura importante nessa mudança, contribuindo para a percepção acerca dos indivíduos a partir de sua célebre frase “Penso, logo existo”. Desde então, a percepção de um eu desprovido de um nós se difundiu amplamente. Desde o início do período moderno a imagem do homem como fenômeno isolado está de alguma forma em pauta, o que foi disseminado pela concepção biomédica, que equivale indivíduo e corpo, desconsiderando a capacidade humana de transmissão simbólica (Elias, 1987/1994). Cabe ressaltar que a tecnologia de controle da concepção foi fator importante para a compreensão do corpo como identidade autônoma, e não como objeto social. Aos poucos a oposição entre indivíduo e sociedade foi sendo colocada, afastando o conhecimento humano da compreensão sócio histórica dos indivíduos.

Bauman (2001) aponta para o destronamento do passado e das tradições como característica da atualidade. De acordo com o autor, a contemporaneidade, por ele denominada Modernidade Líquida, seria marcada também pela fluidez dos laços, pela invasão do espaço público por questões privadas e pelo esvaziamento do espaço político. Tudo isso seria consequência do modelo de liberdade individual apregoado, que teria por fim a manutenção da lógica de consumo. Bauman aponta para o fim do engajamento mútuo e propõe que os elos que entrelaçam as escolhas individuais em ações coletivas estariam se derretendo, ou seja, se esvaindo. Essa desintegração social seria tanto uma consequência como uma condição das novas técnicas de poder pós-panópticas, que teriam como ferramentas principais o desengajamento e a arte da fuga. Para o poder fluir, é necessário que não existam

barreiras e, portanto, qualquer rede densa de laços territorialmente enraizados deve ser eliminada.

A Modernidade Sólida – anterior à Modernidade Líquida - apresentava tendências extremamente totalitárias que cerceavam a autonomia individual, a liberdade de escolha e a autoafirmação da diferença. Dessa forma, essas foram as principais críticas e inquietações sociais que foram abrindo espaço para a chegada da Modernidade Líquida, além, claro, dos avanços tecnológicos que desvincularam as noções de tempo e espaço, garantindo instantaneidade nas comunicações universais (Bauman, 2001).

Como Bauman (2001), Santos (2013) também aponta para a perda da solidez como característica dos séculos XIX e XX, atentando para a afirmação da radicalidade do capitalismo que começou a se dar também nesses séculos, constituindo-se na manifestação de um novo processo civilizatório, em uma mudança de paradigma na organização social. Segundo o autor, essa mudança atingiu novos contornos nos anos 1980, década em que o marxismo se dissolveu por completo e em que a transnacionalização da economia se tornou mais evidente, consagrando a lógica capitalista universalmente. É a partir desta década que o autor define o período em que nos encontramos, que seria marcado pela mercantilização das relações e pela celebração de estilos de vida individualistas, atravessados pelo consumismo. Teríamos nos apropriado cada vez mais de nossa relação com as coisas e, ao mesmo tempo, nos desapropriado das relações interpessoais, o que seria o resultado de uma alienação produzida pela compulsão pelo consumo.

Estaríamos assistindo, então, ao triunfo da subjetividade individual sobre a subjetividade coletiva, propulsionado pelo princípio de mercado e pela concepção de propriedade individual. Com a ascensão do Estado liberal, nasceu a oposição entre indivíduo e Estado, resultando no esvaziamento do princípio de comunidade (Santos, 2013).

Contudo, a concepção de um eu desprovido de um nós acarreta em um conflito para os indivíduos, uma vez que uma das condições fundamentais da existência humana é a necessidade de reconhecimento afetivo a partir de outros humanos e, devido ao medo de dependerem do outro, os indivíduos passam a apresentar uma resistência à interdependência. Dessa forma, o humano que carrega em si o ideal de um eu desprovido de um nós, vivencia o conflito entre sua necessidade de relacionar-se com outros humanos e sua incapacidade de realizar

essa necessidade. Segundo Elias (1987/1994), é a partir da composição social dos indivíduos que as características individuais podem brotar; a singularidade brota da linguagem comum, sendo o *habitus* do grupo o que o indivíduo individualiza, imprimindo ao *habitus* um estilo próprio, não havendo identidade-eu sem identidade-nós. Nesse sentido, o conflito provocado pela concepção de indivíduo sem identidade-nós estaria atravessando a estrutura de personalidade social dos indivíduos contemporâneos (Elias, 1987/1994).

Santos (2013) considera a situação atual, aparentemente percebida como uma crise, como uma transição. Por ser uma transição, seria quase impossível percebê-la e, por isso, seria difícil nomeá-la. Apesar de criticar a denominação Pós-Modernidade, é dela que o autor acaba se utilizando, pela falta de um nome melhor, segundo ele. Esse período de transição seria marcado pelo enfraquecimento do princípio da comunidade e dos Estados nacionais, que teriam perdido força na regulação das esferas da produção e da reprodução social, devido à transacionalização da economia. As transformações vivenciadas nesse período de transição estariam apontando para a desregulação global da economia, da política e da vida social, e a volatilidade seria a grande característica deste tempo.

Assim como no passado as tribos e as aldeias foram perdendo espaço para os Estados nacionais, Elias (1987/1994) defende que estaríamos diante de uma transição de referencial que apontaria para uma integração da humanidade como um todo. De acordo com o autor, movimentos de síntese fazem parte dos processos civilizatórios. Se outrora a identidade-nós estava referida à tribo ou à aldeia e, a partir de um movimento de síntese, passou a estar referida ao Estado nacional, agora a identidade-nós estaria passando a ser referida à humanidade e não mais aos Estados nacionais.

Em grupos sociais menores as pessoas estão mais próximas dos centros de poder e, quanto maior o grupo ao qual a identidade-nós está referida, menor é a capacidade decisória dos indivíduos quanto a questões coletivas. Nesse sentido, nos processos de síntese, o poder individual em relação à sociedade diminui. Com o deslocamento da identidade-nós dos Estados nacionais para uma escala global, estaríamos vivenciando uma diminuição do poder decisório dos indivíduos perante a sociedade na atualidade. Uma vez que os indivíduos tornam-se cada vez menos implicados nas decisões coletivas pelo fato de estarem mais distantes dos centros

de poder, é comum, nesses movimentos de síntese, que a identidade-eu fique cada vez mais exaltada (Elias, 1987/1994).

Segundo Elias (1987/1994), a perda de poder individual nesses movimentos de síntese pode, em certo limite, ser corrigida, mas são necessárias décadas e ao menos três gerações para que um processo de aprendizagem nesse sentido seja efetivado. A cada passagem de uma forma mais simples de coletividade para uma forma mais complexa, a relação entre indivíduo e sociedade se transforma. A identificação entre as pessoas se modifica na transição para um novo estágio de integração social, uma vez que a margem de possibilidades de identificação aumenta.

Giddens (2012) ressalta que a intensificação dos processos de globalização fez com que as tradições locais fossem sendo convocadas a se justificar discursivamente, só persistindo caso se tornassem passíveis de tal justificação e se abrissem para o diálogo a respeito de modos alternativos de ação. Dessa forma, as tradições, que proporcionavam estruturação e ligação clara entre passado, presente e futuro, foram ruindo, e a responsabilidade de construção das conexões temporais foi recaindo cada vez mais sobre os indivíduos. Assim, o autor afirma que nas sociedades Pós-Tradicionais – como denomina a contemporaneidade - não temos outra opção senão escolher como ser e estar no mundo. A ideia de escolha passa então a figurar como propulsora da autonomia individual, constituindo-se como forma de garantia da identidade em meio à pluralidade. Segundo esta lógica de organização social, até o corpo estaria submetido e seria passível de modulação pelas escolhas subjetivas.

Como a atividade social vem sendo pautada por decisões e não mais pelas tradições, a escolha individual torna-se obrigatória. Ocorre que as escolhas são submetidas a relações de poder preexistentes, tornando determinadas opções possíveis ou não em cada contexto. Uma família de baixa renda não pode optar por uma cesariana eletiva, por exemplo. Portanto, a lógica social regida pela tomada de decisões deflagra um meio de poder e estratificação (Giddens, 2012).

Para Santos (2013) o aumento das possibilidades de escolha está diretamente relacionado à diminuição da capacidade de escolher. Segundo o autor, a criação de uma possibilidade de escolha implica, conseqüentemente, na impossibilidade de escolher não ter essa escolha em um momento posterior. Nesse sentido, podemos pensar se seria possível, de fato, escolher uma dentre as vias de

parto existentes – cesariana, normal, natural – e em que medida o fato de a cesariana ter se apresentado historicamente como opção inviabiliza a desconstrução da ideia de que a cirurgia pode ser eletiva.

A individualização em si também não é uma escolha. A liberdade individual de escolher não abarca a opção pela individualização. A responsabilização segue recaindo sobre a esfera individual, apesar de as contradições e os riscos continuarem a ser produzidos socialmente. Em uma sociedade na qual a escolha é obrigatória, o que é escolhido torna-se insignificante, pois o que rege a organização social já está posto. A suposta liberdade individual ilimitada produz, nesse sentido, insignificância da escolha. Tudo é passível de ser escolhido, porque o que regula o social é a imposição da escolha, o que torna, nesse sentido, o ideal de liberdade ilusório (Bauman, 2001). A partir do ideal que aponta para a necessidade de respeito à liberdade de escolha individual, imputa-se aos membros do casal parental a obrigação pela escolha da via de parto, que muitas vezes é ilusória, tanto porque o parto é um evento imprevisível, como porque na maioria das vezes a decisão que prevalece é a do médico. Parece-nos que a simples ideia de que se pode escolher como trazer um humano ao mundo aponta para os processos de mercantilização da vida. A própria pesquisa *Nascer no Brasil* aponta para a cirurgia cesariana como um bem de consumo, como já explicitado anteriormente (Aquino, 2014).

Como apontado também nessa pesquisa, 66% das mulheres entrevistadas iniciou a gestação desejando um parto vaginal e 51,5% terminou realizando uma cesariana, sendo a proporção de mudança do desejo inicial para o resultado final muito maior no setor privado (Domingues et al., 2014). Se estamos tratando de escolhas individuais, nos resta a dúvida: o que faz com que essas mulheres mudem de ideia ao longo da gestação? Muitas vezes as mulheres e seus companheiros se veem dominados pelo medo, por vezes incrementado pela postura profissional desamparadora, uma vez que é comum que os profissionais apontem justificativas irreais para que os membros do casal parental acabem optando por uma cesariana eletiva. Dessa forma, predomina a falta de amparo não só devido à falta de informação e de cuidado, mas também devido à transmissão de informações sem evidências científicas, o que contribui para a medicalização e para a mercantilização do parto.

De acordo com Bauman (2001), haveria um grande abismo entre a individualização “prometida” e a individualização de fato. Transpor esse abismo

seria função da política, mas, com o esvaziamento do espaço público, não há amparo coletivo para que o processo de individualização de fato se concretize. O autor entende que não há autonomia sem amparo, e é isso o que faz a individualização ser mais discursiva do que concreta. Os indivíduos acabam responsabilizados por toda e qualquer escolha de vida sem amparo para tal, o que os impulsiona ao vazio do desamparo. É nesse sentido que o autor ressalta a retomada do espaço público por questões coletivas como tão necessária na contemporaneidade, para que o campo político volte a exercer seu papel de amparo social.

Segundo Bauman (2001), é no espaço público que os problemas privados podem ser traduzidos para questões públicas, tornando possível a busca de soluções públicas para a resolução de problemas privados. Dessa forma, o autor defende que o processo de individualização não pode se concretizar sem que os indivíduos se tornem primeiro cidadãos, ou seja, sem que se engajem politicamente nos espaços públicos, uma vez que não há indivíduo autônomo sem sociedade autônoma. Em um processo de emancipação social, teríamos saído de um período em que o espaço público invadia a vida privada por meio de um poder totalitário, para uma época em que a vida privada invade o espaço público. É nesse sentido que Bauman defende que, para que de fato haja emancipação individual, para que haja de fato uma “libertação”, é preciso haver incremento do poder público, do espaço público. Por isso os movimentos sociais têm sido fundamentais na luta pela humanização da assistência ao parto no país. A partir da organização da sociedade civil em torno do tema, novas legislações foram sancionadas e novas políticas públicas foram instituídas. Na atualidade parece ser imprescindível que a sociedade civil se organize em diferentes grupos em torno de diferentes temáticas para exercer sua cidadania uma vez que, devido aos processos de globalização, os centros de poder se tornam cada vez mais distantes dos indivíduos, o que torna inviável a participação de todos os sujeitos em todas as questões coletivas.

Castells (2010/2018) aponta para a ascensão do que denomina sociedade em rede e para o poder crescente da identidade como os principais definidores das mudanças sociais ocorridas no início do século XXI. De acordo com o autor, as instituições da era industrial estariam passando por uma crise de legitimidade, tornando-se esvaziadas de sentido e função. Assim como Elias (1987/1994) e Santos (2013), Castells atenta para a perda da soberania dos Estados-nação em

decorrência dos processos de globalização. Com a globalização e a compressão do espaço-tempo, eventos que acontecem do outro lado do globo têm impacto sobre os processos locais. Ao possibilitar interações entre pessoas que não estão no mesmo lugar físico, a tecnologia separou as noções de espaço e lugar, que outrora coincidiam. Promoveu-se a possibilidade da construção de espaços de troca simbólica que podem acontecer entre pessoas que estão em diversos lugares concomitantemente. Como tempo e espaço são coordenadas básicas para os sistemas de representação, as mudanças na percepção dessas coordenadas têm efeitos profundos sobre a construção das identidades (Hall, 1992/2015). No que diz respeito à parentalidade, chama a atenção o expressivo número de blogs e grupos online sobre o tema, que apontam para a internet como uma das ferramentas que vêm sendo utilizadas como amparo para elaboração da paternidade e, principalmente, da maternidade. A internet vem sendo também um espaço potente de mobilização social em torno de questões públicas. Como ressaltamos anteriormente, essa ferramenta foi bastante significativa para a organização dos movimentos sociais em prol da humanização do parto no Brasil.

De acordo com Hall (1992/2015), a identificação com as tribos ou aldeias foi dando lugar, na Modernidade, à identificação com os Estados-nação, que passaram a se constituir como uma das principais fontes de identidade cultural, sendo também um dispositivo importante para os processos de industrialização. Ao produzir sentidos com os quais podemos nos identificar, a cultura nacional constrói identidades. Por sua vez, o processo de globalização, que tornou o mundo interconectado, imprimindo novas combinações de espaço-tempo, contribuiu para o deslocamento das identidades culturais nacionais na segunda metade do século XX, acarretando em três possíveis consequências sobre as identidades culturais: a desintegração das identidades nacionais em prol de uma identidade global; o reforço das identidades locais e nacionais devido à resistência aos processo de globalização; e o declínio das identidades nacionais concomitantemente à emergência de novas identidades híbridas, que estariam tomando o lugar das primeiras (Hall, 1992/2015).

### **3.2. Construção da identidade na contemporaneidade e o movimento de humanização do parto como bandeira identitária**

Ao longo dos séculos os conceitos vão sofrendo modificações e, como não podia ser diferente, assim vem sendo com a noção de identidade. Hall (1992/2015) discorre sobre três concepções de identidade nos últimos séculos: iluminista; sociológica e pós-moderna. O sujeito do Iluminismo era baseado em uma concepção de indivíduo unificado, totalmente centrado, racional, consciente de suas ações, cujo “eu” se desenvolvia ao longo do crescimento do sujeito, apesar de continuar sendo o mesmo desde o seu nascimento; a identidade de uma pessoa era dada desde o nascimento, independentemente do contexto no qual o indivíduo estivesse inserido. O sujeito da pós-modernidade começou a nascer no século XVIII, a partir do descentramento do sujeito cartesiano; quando, com a ascensão dos Estados-nação, as teorizações liberais centradas na noção de sujeito da razão cartesiano foram obrigadas a dar conta dos processos sociais inerentes à concepção de Estado moderno. Tal fato levou ao surgimento das ciências sociais e da concepção social de sujeito, que foi amplamente difundida na primeira metade do século XX.

A noção sociológica de sujeito pressupõe que a identidade é formada a partir da interação entre o “eu” e a sociedade, a partir das relações entre o sujeito e outras pessoas que mediam os símbolos da cultura para ele. O sujeito segue tendo um núcleo individual, mas que é construído e modificado dialeticamente por outros. Segundo esta concepção, a identidade é o que está entre o interno e o externo, costurando o sujeito à estrutura e estabilizando tanto os sujeitos como a sociedade por garantir previsibilidade.

Freud teve um papel fundamental na transição entre a concepção iluminista de sujeito e a concepção sociológica de sujeito que se deu ao longo do século XX. A partir da noção de inconsciente, o pai da Psicanálise contribuiu significativamente para o descentramento do sujeito racional cartesiano, provido de uma identidade fixa e unificada. A partir de Freud, diversos autores psicanalíticos foram postulando o “eu” como uma construção ao longo do desenvolvimento humano, se dando a partir da relação com outros humanos. Segundo esta concepção, a identidade é formada ao longo do tempo por meio de processos inconscientes; não

é inata. Ela permanece sempre em processo, constituindo-se por meio dos processos de identificação.

Assim como a Psicanálise, o feminismo também foi um dos componentes responsáveis pelo descentramento do sujeito cartesiano ao longo do século XX. Sendo um dos ícones da onda de movimentos sociais que aconteceu na década de 1960, o feminismo contribuiu para a construção de uma política de identidade, ou seja, politizou os processos de identificação, além de ter aberto espaço para a contestação política de áreas outrora restritas ao âmbito pessoal, como sexualidade, família e cuidados com as crianças, por exemplo. Assim, durante a Modernidade, o sujeito do Iluminismo, cuja identidade era fixa e estável, foi, aos poucos, dando lugar a uma nova concepção de sujeito - o pós-moderno -, cuja identidade é múltipla, inacabada, aberta e, por vezes, contraditória (Hall, 1992/2015).

Na contemporaneidade, o que está em mutação é justamente a estabilidade e a previsibilidade; os processos de identificação estão mais provisórios, variáveis e, por vezes, contraditórios. O sujeito não tem mais uma identidade unificada e estável, mas várias identidades concomitantes: “a identidade torna-se uma celebração móvel”, diz Hall (1992/2015, p. 11). As identificações são continuamente deslocadas e, à medida que os referenciais identificatórios aumentam por conta dos processos de globalização, somos apresentados a novos modelos com os quais podemos nos identificar, ainda que temporariamente. Nesse cenário, determinado modelo pode ser demasiadamente atrativo em um momento, tornando-se um referencial identificatório relevante e, em outro, tornar-se insignificante: a identificação pode ser ganha ou perdida, tornando-se, portanto, politizada.

Ocorre que estamos vivenciando uma era em que os grupos que outrora se constituíam como referências locais para os indivíduos estão dando lugar à comparação universal. Nesse cenário, os padrões de referência não são mais auto evidentes, eles são milhares e, muitas vezes, contraditórios entre si. Bauman (2001) assinala que os padrões de dependência estariam se liquefazendo, e a responsabilidade por traçar o próprio caminho estaria recaindo cada vez mais sobre os indivíduos que, diante de um mar universal de possibilidades, devem supostamente escolher não só o percurso de vida a ser trilhado como a própria identidade. O que moveria os indivíduos na Modernidade Líquida seria justamente a impossibilidade da satisfação prometida pelo ideal de consumo: os indivíduos,

que estão sempre buscando a auto superação, movem-se constantemente em busca da satisfação e, quando alcançam seus objetivos, estes se movem também de forma dinâmica e transformam-se em novos objetivos, o que faz com que a satisfação nunca seja alcançada e que sua busca nunca cesse. A consumação da satisfação está, portanto, sempre como ideal futuro, assim como a identidade dos sujeitos, que “só pode existir como projeto não realizado” (p.41).

Os grandes líderes - comuns na Modernidade Sólida -, que orientavam modos de ação, tornaram-se escassos na Modernidade Líquida, marcando a passagem para uma era em que cada um deve escolher exemplos a serem seguidos entre milhares de possibilidades a nível universal, assumindo a responsabilidade por ter eleito determinado indivíduo como referência e não outro entre tantos. Bauman sugere que a individualização consiste na transformação da identidade humana, que antes era dada e agora é construída, sendo tal construção responsabilidade única e exclusiva dos indivíduos. A autodeterminação torna-se, assim, compulsiva e obrigatória. Contudo, classe e gênero, por exemplo, nunca deixaram de pesar sobre a gama das escolhas individuais e das construções identitárias (Bauman, 2001).

Castells (2010/2018) define identidade como o processo de construção de significados – entendidos aqui como identificação simbólica – por meio da individuação e a partir de um conjunto de atributos culturais que se constituem como fontes de significado. O autor propõe a existência de três formas de construção da identidade: a identidade legitimadora; a identidade de resistência; e a identidade de projeto.

A identidade legitimadora seria introduzida pelas instituições dominantes e teria como objetivo expandir sua dominação em relação aos atores sociais, dando origem a uma sociedade civil cujos atores reproduzem a lógica de dominação. Esse tipo de construção de identidade levaria à construção de uma sociedade civil, ou seja, instituições, organizações e atores sociais que reproduzem a lógica dominante, mesmo que de forma conflitante. A identidade de resistência seria criada por atores desvalorizados pela lógica de dominação com o intuito de afirmarem sua resistência a partir de valores distintos dos dominantes. Essa forma de construção de identidade levaria à construção de comunas e seria, segundo o autor, o tipo de construção de identidade mais importante na atualidade. A identidade de projeto estaria referida a atores sociais que buscam redefinir sua posição na sociedade ao mesmo tempo em

que buscam a transformação de toda a estrutura social. Este tipo de construção de identidade seria raro em nossa sociedade. Aqui podemos pensar na humanização do parto como um exemplo de comuna, uma vez que consiste na organização social de um grupo de pessoas em torno de uma causa ou de um valor comum, distinto do dominante.

De acordo com Castells (2010/2018), a construção da identidade está diretamente relacionada ao contexto social no qual está inserida. Na sociedade em rede, de um lado estariam as elites globais, constituídas por indivíduos sem identidades específicas, os denominados “cidadãos do mundo” e, de outro, pessoas que resistem aos processos de globalização e tendem a atrair-se pela identidade comunal. Geralmente tais comunas constroem sua resistência aos processos de globalização em torno de valores referentes à religião, nação, família, ambientalismo e/ou feminismo. Essas comunidades raramente se comunicam entre si por terem pautas diferentes ou mesmo divergentes. A organização em torno de princípios comunais, de acordo com o autor, aponta para o encolhimento das sociedades civis e para a busca por significados de forma mais defensiva.

As comunidades de resistência se utilizam da tecnologia para garantir a comunicação horizontalizada ao mesmo tempo em que refutam a idolatria à tecnologia. As redes servem como “produtores e distribuidores de códigos culturais” (Castells, 2010/2018, p.500). O impacto dessas comunas culturais sobre a sociedade geralmente resulta de turbulências em múltiplos níveis na rede de comunicação, raramente advindo de uma estratégia centralizada ou altamente articulada. Castells (2010/2018) aponta, por exemplo, para a derrocada do patriarcalismo como produto das trocas de experiência entre mulheres nos mais diferentes dispositivos. Por conta da contestação do patriarcalismo, a sequência da transmissão dos códigos culturais de geração em geração vem sendo perturbada, o que abala os alicerces de segurança pessoal e imprime a necessidade da busca por novas formas de viver a partir de trocas horizontais. No caso do parto, como já sinalizamos anteriormente, a internet tem sido fundamental para a organização de atores em torno da humanização da assistência, possibilitando a existência de comunas constituídas por sujeitos que encontram-se geograficamente a longas distâncias uns dos outros, o que permite a unificação de movimentos sociais em um país com dimensões tão grandes como o Brasil. Devido ao impacto um tanto quanto imprevisível dessa articulação em rede, muito do que é proposto academicamente

na filosofia da humanização da assistência é apreendido de outras formas pelos diversos atores sociais, como a questão do direito de escolha da mulher pela via de parto que ela quiser, por exemplo.

Bauman (2001) percebe de forma diferente de Castells (2010/2018) as comunidades virtuais próprias da Modernidade Líquida. Segundo o autor, o indivíduo estaria sempre em ávida busca por um porto seguro, compartilhando suas ansiedades, temores e alegrias em comunidades “cabide”, que seriam onde um aglomerado momentâneo de indivíduos pendura suas experiências individuais; e/ou buscando referenciais em outros indivíduos que vivenciam situações parecidas com as suas. A Modernidade Líquida teria aberto espaço para a coexistência de um número enorme de autoridades, que tenderiam a se anular mutuamente. As autoridades só se tornariam autoridades porque alguns indivíduos escolhem que elas assim o sejam: precisam conquistar a vontade dos outros em ouvi-las e, da mesma forma que se tornam referências, podem deixar de sê-lo a qualquer momento.

É nesse cenário que surgem as celebridades instantâneas, que se tornam referências momentâneas em determinado assunto, principalmente quando compartilham suas vidas privadas no espaço público. São pessoas, como todas as outras, que, longe de tornarem-se líderes, tornam-se parâmetros de metas a serem alcançadas na vida privada e dão conselhos acerca de meios individuais de alcance de tais metas. Nesse sentido, os indivíduos estariam retornando do espaço público tendo alimentada a promessa de individualização – e não a individualização de fato – e certos de que todos os outros indivíduos enfrentam a vida de modo igualmente solitário, lidando com seus temores e anseios sozinhos (Bauman, 2001). Nessa mesma linha de pensamento, Castells (2010/2018) propõe a existência de profetas que, diferentemente dos líderes, seriam indivíduos que emprestam suas faces à determinada causa para atuarem como emissores de símbolos, transformando-se eles próprios em símbolos.

Por um lado, autores como Bauman (2001) defendem que os processos de globalização estão promovendo o fim das identidades culturais nacionais e produzindo a fragmentação dos códigos culturais, cujo resultado é uma identidade efêmera. Postulam que o consumismo global estaria criando uma homogeneização da identidade nas diversas partes do mundo, por meio da identificação com o ideário consumista. Outros, como Castells (2010/2018), afirmam que a globalização estaria

reforçando a construção de identidades de resistência, o que traria uma exaltação do localismo ao mesmo tempo em que há exaltação do global na construção identitária das elites.

Hall (1992/2015) aponta para a difusão do consumismo como sendo responsável pelo efeito de “supermercado cultural”, que promove a sensação de que é possível escolher com quais referenciais queremos nos identificar. A proliferação das possibilidades de “escolha” de identidade é maior nos grandes centros urbanos, principalmente dos denominados países de primeiro mundo, mas ocorre cada vez mais em países periféricos também. Há uma tendência à mercantilização da etnia e da alteridade; um fascínio pela diferença. As identidades tornam-se desalojadas de tempos, lugares, histórias e tradições, passando a flutuar livremente pelo globo.

Vivenciamos a criação de um novo espaço cultural - o eletrônico - que envolve uma geografia sem lugar. Ao mesmo tempo, o autor ressalta que a particularidade do lugar nunca pode ser transcendida e que a globalização é também associada à dinâmica de re-localização. Nesse sentido, ao invés de pensar no global substituindo o local, há de se pensar em uma nova articulação entre global e local: há uma tensão entre o global e o local responsável pela transformação das identidades. O autor sugere ser improvável que a globalização destrua as identidades nacionais, ressaltando ser mais provável que produza novas identificações globais e novas identificações locais. Há o fortalecimento das identidades locais, percebido como ação defensiva contra os processos de globalização, mas também há evidências da produção de novas identidades. Identidades essas com caráter político, conjuntural e posicional, ou seja, formadas em e para tempos e lugares específicos. Aqui podemos pensar na identidade feminista e a identificação com o ideário de humanização.

Entende-se que identidades não são fixas, estão sempre em transição entre diferentes posições, retirando seus recursos de diferentes tradições culturais, sendo produto desse entrecruzamento cultural. Nesse sentido, seria fácil pendermos ou para o lado da homogeneização global das identidades, ou para o retorno às raízes culturais, para a afirmação da resistência pela exaltação dos valores locais. Hall (1992/2015) afirma que esse pode ser um falso dilema. O autor aponta para uma oscilação entre a tradição e a tradução no que se refere às identidades do mundo globalizado. Por tradução, entende-se a formação de identidades que atravessam as fronteiras nacionais, compostas por aqueles que foram dispersados de sua terra

natal. Essas pessoas são levadas a negociar com a cultura em que vivem, sem perderem completamente sua identidade de origem. Assim, terão sua identidade constituída por culturas híbridas, ou seja, pela assimilação de tradições e histórias de culturas interconectadas. Essas culturas híbridas, produtos das novas diásporas, levariam os sujeitos a habitarem, no mínimo, duas identidades. Esse tipo de formação de identidade seria próprio da modernidade tardia. Contudo, algumas das identidades posicionais, plurais e diversas gravitam em torno da tradução, outras ao redor da tradição. Frente ao hibridismo e à diversidade, coexistem fortes tentativas de restauração das tradições, expressas nos movimentos nacionalistas e no crescimento do fundamentalismo religioso, por exemplo. O movimento pela humanização do parto no Brasil visa resgatar práticas tradicionais de assistência ao mesmo tempo em que luta por mudanças na legislação e nas políticas públicas do país, alimentando a identidade nacional. Ao mesmo tempo, é um movimento global, com expressão em diversos países e permeado por recomendações da WHO. Nesse sentido, é um movimento que pode ser entendido como uma das comunas de resistência propostas por Castells (2010/2018), mas que é atravessado pelos processos de globalização – como não podia deixar de ser na atualidade -, e acaba sendo assimilado, portanto, entremeado a valores consumistas e individualistas, próprios das identificações globalizantes assinaladas por Bauman (2001). É preciso que compreendamos, então, um conceito que rege o ideário individualista/consumista para melhor compreendermos esses processos de hibridização identitária; por isso nos deteremos agora em uma breve exploração do conceito de liberdade.

### **3.3. Sobre o conceito de liberdade**

A liberdade, no sentido da autonomia do indivíduo, foi um conceito que tornou-se hegemônico ao longo da Modernidade, resultando na autodeterminação individual como marca da Pós-Modernidade. Nesse contexto, é a liberdade individual que rege as ideias de justiça, e não a vontade da comunidade ou a ordem natural. É considerado justo aquilo que garante a proteção, o incentivo e a realização de todos os indivíduos membros de dada sociedade. Porém, as ideias de liberdade são muito heterogêneas, sendo esse um dos conceitos mais controversos da Modernidade (Honneth, 2015).

Ao discutir o conceito de liberdade, Bauman (2001) aponta tanto para a conceituação liberalista como para a conceituação social do termo. A corrente liberalista, defendida por autores como David Conway e Charles Murray, entende liberdade como a responsabilidade individual por prover suas próprias necessidades com seus próprios recursos, ou seja, quanto mais responsabilidade individual, mais livres os indivíduos seriam. Por outro lado, a conceituação social entende que é só a partir da inserção social que o indivíduo pode ser livre, sendo as relações de dependência fundamentais à libertação, o que é defendido por autores como Émile Durkheim, Erich Fromm, Dennis Diderot, Anthony Giddens e Richard Sennett. Posicionando-se de forma contrária à concepção liberal de liberdade, Bauman (2001) atenta para o medo do fracasso que paralisa os indivíduos relegados à própria sorte.

Honneth (2015) separa a conceituação de liberdade ao longo da Modernidade em três modelos: liberdade negativa; liberdade reflexiva; e liberdade social. O nascimento da noção de liberdade negativa remonta aos séculos XVI e XVII, tendo Thomas Hobbes como seu maior representante. De acordo com esse modelo, a liberdade individual consistiria em não ter suas vontades obstruídas por resistências externas, ou seja, um homem livre é aquele que não é impedido - por outros ou por qualquer outra razão externa a ele - de fazer o que tem vontade e é capaz de fazer. De acordo com Honneth, a conceituação hobbesiana de liberdade expressa uma intuição do individualismo moderno e a tendência, na atualidade, a conceder aos sujeitos a possibilidade de excentricidade e personalismo.

A liberdade reflexiva tem suas raízes no pensamento de Aristóteles e de outros filósofos anteriores à Modernidade, que já consideravam que, para ser livre, o indivíduo precisava acessar suas próprias decisões e poder realizar suas vontades. A ideia de liberdade reflexiva se estabelece pela relação do sujeito consigo mesmo, diferentemente da liberdade negativa, que se dá a partir do exterior. Nesta concepção “é livre o indivíduo que consegue se relacionar consigo mesmo de modo que em seu agir ele se deixe conduzir apenas por suas próprias intenções” (p.59). J.J. Rousseau foi um autor fundamental para a construção deste entendimento do conceito de liberdade e, a partir dele, duas vertentes da liberdade reflexiva se constituíram. I. Kant, por um lado, interpretou o conceito segundo um modelo de auto legislação: é livre o ser humano que é capaz de orientar suas ações por leis morais dadas por ele próprio. Dessa forma, a moralidade está intrinsecamente

relacionada à liberdade, uma vez que cada um tem um dever moral de tratar os outros como sujeitos autônomos, assim como se espera ser tratado por eles. Outro caminho da liberdade reflexiva a partir de J.J. Rousseau se deu no sentido da autorrealização. O principal pensador desta corrente é J. Herder, que postula que a liberdade se dá quanto mais o indivíduo é capaz de olhar profundamente para si mesmo, uma vez que, assim, mais ele acessará o que há de autêntico em sua personalidade.

Essas correntes da liberdade reflexiva, ambas surgidas no fim do século XVIII com J.J. Rousseau, marcam uma visão segundo a qual a liberdade pode ser fruto de um esforço reflexivo individual. Enquanto na conceituação negativa a liberdade depende de algo externo para se concretizar, nessa concepção a liberdade está atrelada ao fato de as intenções do próprio sujeito satisfazerem as condições necessárias ao acesso à liberdade. O caminho que I. Kant e J. Herder trilham para essa conceituação reflexiva de liberdade é que difere: enquanto o primeiro interpreta a vontade livre como produto da auto legislação racional, o segundo considera que o acesso à vontade livre se dá pela descoberta dos desejos mais autênticos do sujeito. A conceituação de I. Kant, que é monológica, abriu espaço para outros autores pensarem a intersubjetividade na construção da moral. Assim também aconteceu com a noção de autorrealização, que continha em si um componente subjetivo natural que passou a ser problematizado posteriormente, uma vez que teorias como a Psicanálise, por exemplo, passaram a postular a constituição do eu como processual e não inata.

A conceituação social de liberdade propõe que é somente a partir das relações intersubjetivas que o exercício da liberdade pode se dar, ou seja, a realidade social é condição e meio para o acesso à liberdade individual. Os autores mais relevantes para essa concepção de liberdade foram Georg Hegel e Karl Marx. Para G. Hegel, o limite posto pela relação com o outro faz com que o sujeito se saiba si mesmo, ou seja, é a partir da consideração do outro como outro que se tem o sentimento de si mesmo. Aqui a aspiração à liberdade deixa de ser subjetiva uma vez que é a partir das experiências recíprocas que o eu se constitui. Como as instituições têm papel fundamental na construção da liberdade individual, G. Hegel conceitua a liberdade não só como fruto da intersubjetividade, mas como social. K. Marx também é um teórico de referência nessa perspectiva de liberdade, mas diferentemente de G. Hegel, que buscou proporcionar ao liberalismo uma

conceituação mais aprofundada, ele buscou criticar o modelo de organização social capitalista (Honneth, 2015).

Honneth (2015) afirma que as instituições modernas, que, segundo G. Hegel, constituíam-se como vias de acesso e garantia da liberdade individual, ruíram devido às forças da individualização preconizadas pelos modelos de liberdade negativa e reflexiva. O liberalismo tornou-se a corrente ideológica hegemônica na atualidade, imprimindo certa cisão entre indivíduos e sociedade e fazendo com que questões que outrora seriam de caráter público e político passassem a figurar como responsabilidade privada. Constantemente insatisfeitos com suas conquistas, os indivíduos estão sempre dispostos a questionar e mudar sua performance individual, mas raramente dispostos a mudar as formas de organização social: se os indivíduos se sentem prejudicados, vão reclamar seus direitos, mas não questionar a filosofia das administrações institucionais ou públicas, muito menos assumir a responsabilidade por seu gerenciamento (Bauman, 2001). Bauman (2001) aponta para a realocação do discurso ético/político, que outrora girava em torno da sociedade justa e agora atenta para os direitos humanos. O objetivo não é mais resguardar a sociedade, mas os indivíduos. Esse é um dos aspectos que, segundo ele, estaria apontando para a dissolução do social.

Diferentemente de Bauman (2001), discordamos que estejamos diante da dissolução do social, apesar de nos encontrarmos em um cenário que prioriza os desejos e escolhas individuais em detrimento da coletividade. Alinhadas à conceituação social de liberdade e de identidade, neste trabalho nos valem da concepção winnicottiana de constituição subjetiva, segundo a qual é a partir do encontro com outros que a identidade humana se constitui e o sujeito pode se tornar autônomo. Portanto, entendemos que é a partir do social que nos humanizamos e que podemos acessar a liberdade. Focaremos agora na conceituação dos processos de aquisição de autonomia em Winnicott a fim de explicitarmos nossa compreensão acerca do que seria a liberdade, nomeada aqui como autonomia, no parto.

### **3.4. Da reconexão mente-corpo e indivíduo-sociedade à autonomia no parto: contribuições winnicottianas sobre os estágios de dependência**

Sabemos que a forma de organização dos seres humanos em grupos sociais pressupõe o compartilhamento de crenças, o que confere unidade às sociedades. As

crenças estão relacionadas ao pertencimento a um determinado grupo social e, ao mesmo tempo, através dos atos de reconhecimento mútuos, estabelece-se o pertencimento. Contudo, as práticas que envolvem o reconhecimento do pertencimento dos sujeitos do grupo são desconhecidas por seus membros, e é necessário que assim o seja, pois os investimentos na coletividade produtora do capital simbólico não podem se realizar a menos que sua lógica de funcionamento permaneça desconhecida. Dessa forma, percebe-se que o pertencimento não se faz possível somente pela força da vontade, há que se nascer dentro da coletividade, ou passar por um lento processo de cooptação - que equivaleria a um segundo nascimento - para ser reconhecido por seus membros (Bourdieu, 1980/2009).

Mauss (1950/2003) nomeia de técnicas os atos de transmissão que são ancorados em uma tradição social. Sendo o corpo o primeiro instrumento do homem, o autor ressalta a importância das técnicas do corpo, e assinala que tais técnicas variam de acordo com o sexo e com a idade. Atos como nadar, andar, sentar, dormir, parir e repousar variam de cultura para cultura, evidenciando os diferentes usos do corpo em cada grupo social. O corpo sofre ação da coletividade e se constitui de forma a expressar os valores da sociedade do qual faz parte. Nesse sentido, o corpo é educado, adestrado através de técnicas, que se expressam em detalhes sutis ao longo da educação física de todos os sujeitos pertencentes ao grupo social. Essa educação física se estende à expressão dos sentimentos em rituais específicos, como velórios, nascimentos e casamentos, nos quais os sujeitos devem se portar de maneira congruente ao que é previsto pelo grupo.

Heilborn (1997) exemplifica a dimensão cultural a respeito dos sexos no corpo pela crença profundamente arraigada na cultura ocidental no instinto maternal. Segundo a autora, a própria expressão já aponta para a naturalização do corpo, e demonstra a desconsideração da produção histórica do instinto maternal por políticas de saúde, a partir do século XVIII. Com isso, a naturalização da crença no vínculo entre uma mulher e seu filho adquire o poder de inscrever tal instinto no corpo e no psiquismo das mulheres, criando-o de fato. Nesse sentido, a autora busca relativizar a concepção organicista do corpo, apontando para os efeitos da elaboração cultural que o constituem.

Processos sociais e ações individuais são indissociáveis, na medida em que as ações individuais brotam de processos sociais que já se encontram em andamento. Elias (2006) afirma que os processos sociais possuem autonomia

relativa frente a determinadas ações individuais, mas não são independentes das últimas. Logo, se os indivíduos parassem de agir, não haveria mais processos sociais. Nesse sentido, a autonomia relativa dos processos é baseada no “entrelaçamento de sensações, pensamentos e ações de diversos seres humanos singulares e de grupos humanos” (p.31). O resultado dessa interdependência contínua consiste em transformações na convivência social, que não foram planejadas por nenhum indivíduo especificamente. Ainda que não planejados, muitos processos sociais mantêm a mesma direção por milhares de anos, devido a uma continuidade intergeracional que é garantida pela transmissão de conhecimento social, adquirido por meio do aprendizado de símbolos sociais. Para que haja uma ruptura na dominância de poder, que mantém a continuidade do processo social, é necessário que haja lutas sociais de eliminação, que irão determinar qual dos polos da tensão se tornará dominante, ou mesmo manterão determinado equilíbrio – ainda que momentâneo.

Na atualidade estamos vivendo sentimentos de desamparo e insuficiência, completamente opostos à afirmação do indivíduo verdadeiramente livre, devido ao desinvestimento nos vínculos objetivos significativos. Tal desinvestimento parece ser indicativo da falência de um modelo social que não cumpre sua função de sustentação suficientemente boa (Mizrahi & Garcia, 2007).

Bauman (2001) afirma que, quanto mais se abriu espaço para os indivíduos, mais os cidadãos foram desaparecendo. Os cidadãos são aqueles que buscam o próprio bem estar através do bem estar social, da comunidade na qual se inserem, enquanto os indivíduos não se atentam às causas comuns, percebem a coletividade como cerceamento de seu direito individual de escolha. O que se espera do poder público nesse contexto é que assegure os direitos humanos, ou seja, o direito de cada um seguir suas próprias escolhas.

Mizrahi e Garcia (2007) fazem uma análise da contemporaneidade à luz da teoria winnicottiana e discutem o sofrimento gerado pelo ideal de autonomia absoluta inerente ao individualismo em meio a um contexto sem apoio social suficientemente bom. Embasadas no paradoxo winnicottiano, segundo o qual a separação eu/mundo só é possível a partir do amparo social, as autoras assinalam que para acessar algo próximo ao grau de individualização pretendido na contemporaneidade, é preciso que haja ligação transicional entre os indivíduos e os espaços públicos. Como os suportes sociais estão mais frágeis na atualidade, os

sujeitos são instados a se discriminar autonomamente em um contexto que não provê o suporte social necessário à concretização da autonomia. Isso faz com que tenham experiências de vida extremamente solitárias e que falhem e adoçam, culpabilizando-se pelos seus fracassos individuais.

Sobre os processos de interdependência humana, Winnicott (1963/1982) propõe três categorias inerentes ao desenvolvimento humano que apontam para a independência, apesar de ressaltar que esta nunca se concretiza de fato, posto que um sujeito saudável não se torna isolado, mas relacionado de forma interdependente com o ambiente. Denomina tais categorias de dependência absoluta, dependência relativa, e rumo à independência.

A primeira, na qual o bebê é completamente dependente de provisão física, ocorre geralmente nos últimos estágios da gestação e primeiros meses de vida do bebê. Psicologicamente, contudo, Winnicott afirma que devemos compreender este bebê como dependente e independente ao mesmo tempo, no sentido de que há um conteúdo que é herdado, incluindo aí os processos de maturação, mas há também a necessidade de um ambiente favorável para que tal processo de maturação se dê. O ambiente não seria, neste sentido, responsável por construir a subjetividade da criança, mas possibilitaria que esta concretizasse ou não seu potencial criativo. Desta forma, para que a criança desenvolva seu potencial maturacional, é necessário que seus cuidadores primordiais provejam os cuidados necessários não só fisicamente, como invistam nela afetivamente.

É necessário que o cuidador se identifique com as necessidades do bebê e, para tal, acesse suas próprias experiências como bebê. Tal identificação demanda entrega, pois há uma dependência mútua, tanto do bebê para com seu cuidador, como do cuidador para com o bebê, tornando, portanto, vulnerável também aquele que cuida. O bebê que tem um outro que possa se identificar com ele durante este período tem assegurado seu vir-a-ser, seu potencial maturacional.

O segundo momento, o qual Winnicott denomina dependência relativa, difere do primeiro devido ao fato de que agora a dependência começa a ser passível de ser percebida pelo bebê. Este estágio consiste em uma adaptação a uma falha gradual do primeiro estágio. O cuidador começa gradualmente a voltar seus olhares para o mundo, a retomar sua própria vida, e também o bebê começa a se dar conta do mundo a sua volta. Aqui tem início a capacidade de compreensão intelectual - o bebê já começa a poder esperar alguns minutos até ser atendido, usando tal

capacidade para se habilitar a esperar. O autor dá como exemplo um bebê que tem fome e, na medida em que ouve ruídos na cozinha, entende que a comida está prestes a chegar, conseguindo esperar até sua necessidade ser atendida. Contudo, quando seu cuidador está ausente por um tempo que extrapola sua capacidade de acreditar em sua sobrevivência, surge a ansiedade. Winnicott diz que esta fase de dependência relativa dura aproximadamente até os dois anos de idade, e que só então a criança vai estar apta para lidar com a perda, com a separação deste cuidador primordial.

Passados os períodos de dependência absoluta e dependência relativa, a criança vai se tornando capaz de lidar com as complexidades do mundo devido ao fato de estar cada vez mais segura do que tem dentro de si própria. Esse período que se inicia aponta para a possibilidade de a criança se identificar com a sociedade local, na medida em que esta também compõe seu mundo pessoal. A entrada na escola neste momento seria adequada emocionalmente para a criança, posto que esta já ensaia momentos de separação de seus cuidadores e de sua casa, investindo no alargamento de seus círculos sociais e no desejo por ampliar seus conhecimentos sobre o mundo e sobre si própria.

Ao discutir os estágios de dependência apontados por Winnicott, Honneth (2003) ressalta a tensão entre o autoabandono simbiótico e a autoafirmação individual que as relações primárias afetivas demandam. Sobre o estágio de dependência absoluta, o autor assinala a necessidade de identificação projetiva do cuidador primordial para com seu bebê desde os momentos finais da gestação. Tal identificação permite a vivência das carências do bebê pelo próprio cuidador, como se os interesses do filho fossem por ele co-sentidos. O adulto se torna dependente do bebê na mesma medida em que este depende dele, devido ao seu completo estado de desamparo. Contudo, para que tal nível de dependência possa ser vivenciado por esse adulto cuidador, é necessário que haja reconhecimento, proteção e suporte de um terceiro – seja ele outro adulto cuidador ou a sociedade como um todo.

Sobre a passagem da dependência absoluta à dependência relativa, Honneth (2003) assinala que a des-adaptação gradativa, que impele o adulto cuidador a retornar pouco a pouco sua atenção para si próprio e para o mundo, corresponde no bebê à capacidade de diferenciar o próprio ego do ambiente externo, o que geralmente se dá por volta dos seis meses de idade. O autor ressalta que é neste estágio em que se dão todos os aspectos “decisivos no desenvolvimento da

capacidade infantil para a ligação” (p.168). É nessa fase que o bebê começa a reconhecer o outro como objeto de amor.

Para que o bebê humano possa se desenvolver de forma saudável, sendo capaz de estabelecer vínculos afetivos no futuro, é necessário, então, que seus cuidadores primordiais desenvolvam com ele uma sintonia afetiva nos estágios de dependência. É necessário que os próprios pais se deixem conduzir por essa sintonia com o filho, experimentando, também eles, uma relação de dependência afetiva. Nesse sentido, não só o bebê precisa do suporte dos pais, como também os pais precisam de suporte social para que possam investir na construção da parentalidade e no estabelecimento do vínculo afetivo com o bebê.

Mizrahi e Garcia (2007) propõem uma saída para a dicotomia indivíduo/sociedade a partir dessa liberdade individual winnicottiana que não contradiz, mas que, pelo contrário, depende integralmente dos vínculos sociais. Para Winnicott, é a presença do cuidado consistente nos momentos de separação que assegura a possibilidade de o sujeito ficar só (Winnicott, 1958/1998) sem se sentir desamparado, relegado à própria sorte. Assim, o sujeito pode ser de fato autônomo, correspondendo, em certa medida, às aspirações libertárias e individualistas oriundas da pós-modernidade. Sem amparo social, o indivíduo é realmente ameaçado de ser deixado sozinho, tendo sempre de se submeter ao outro, ao que lhe é imposto. Isso difere radicalmente do desenvolvimento da capacidade de ficar só proposta por Winnicott, que dialoga com o exercício da liberdade e da autonomia. O autor defende a importância de aprender a ficar só na presença de alguém, justamente ressaltando o amparo de outros humanos como via de acesso para a capacidade de adquirir liberdade individual.

Machado (2005) atenta para a importância da temporalidade no estabelecimento das relações de dependência, ressaltando que, no caso do parto, promover a autonomia da gestante e do pai do bebê é respeitar o tempo necessário à busca de soluções próprias, oferecendo amparo para que essa busca se concretize. Quando soluções externas são primordialmente fornecidas, a confiança passa a ser mais no outro do que em si próprio, o que não propicia diferenciação, nem tampouco autonomia. Dessa forma, entende-se que a autonomia dos pais no parto só pode se dar a partir das relações estabelecidas com os profissionais que acompanham o casal, que podem tanto promover amparo para o estabelecimento da

confiança em si próprios, como indiferenciação, tomando as decisões pelo casal ou induzindo-os a toma-las.

Conforme apontamos no primeiro capítulo, Leão et. al (2013) apontam para o investimento na autonomia das parturientes como um caminho para reverter o cenário epidêmico de cesarianas no qual se encontra o país. Em consonância com o que apontam os autores, acreditamos que os movimentos sociais sejam facilitadores da promoção da autonomia nos processos de parturição, uma vez que promovem o exercício da cidadania, apontado por Bauman (2001) como fundamental para que o processo de individualização efetivamente se dê.

A relação profissional-paciente, assim como a relação mãe-bebê, é um encontro potente para o encorajamento da autonomia - que nunca será absoluta, como ressaltam Leão et. al (2013), mas relativa e relacional – uma vez que os polos empoderamento-dependência encontram-se entrelaçados, conforme assinala Davis-Floyd (2001). Nesse sentido, é preciso que os profissionais criem sintonia afetiva com as parturientes e com os pais do bebê, ouvindo-os para além das queixas iniciais ou daquilo que possa estar somente na superfície, desenvolvendo empatia por aqueles que necessitam de assistência e buscando caminhos que contemplem tanto as evidências científicas como as necessidades dos sujeitos que estão sendo atendidos, entendendo-os como corresponsáveis pelo delineamento do plano de parto. No próximo capítulo, abordaremos a importância do ambiente humano e seu impacto nas experiências de dor, temporalidade e elaboração da morte simbólica nos processos de parturição.

#### **4. Dor, tempo, morte e trauma: o ambiente do parto na construção da experiência**

Desde Freud, a Psicanálise assinala a importância da relação com o Outro para a constituição subjetiva, sendo o investimento narcísico do adulto cuidador fundamental para a organização psíquica da criança. Contudo, a Psicanálise clássica tinha como foco o psiquismo humano, atentando primordialmente para o que se passava no mundo interno do sujeito. Nascida em meio ao paradigma moderno de homem cartesiano, apesar de ter sido fundamental para a construção da concepção sociológica de sujeito, a Psicanálise freudiana sofreu diversas críticas nas últimas décadas por ainda ser atravessada por uma concepção solipsista de sujeito.

Ao longo do século XX diferentes autores foram dando contribuições à teoria psicanalítica que em certos aspectos se distanciaram do que fora proposto por Freud. Enquanto o pai da Psicanálise apontou para o trauma como estrutural, Winnicott, por exemplo, postulou o trauma como consequência de falhas ambientais. Apesar de, ao longo de sua obra, Freud ter considerado que tanto o excesso pulsional que ameaça a integridade do sujeito como os eventos externos constituem o trauma, o autor nunca deixou de dar ênfase ao fator econômico intrapsíquico (Zornig & Levy, 2006).

A teoria winnicottiana representou uma mudança de paradigma no interior da Psicanálise ao enfatizar a importância das relações e os impactos que essas têm no desenvolvimento humano (Matos & Lampreia, no prelo). Atentando para uma ponte clara entre o mundo interno e o mundo externo – refletida na noção de espaço transicional -, Winnicott ofereceu proposições para contornar a dicotomia indivíduo X sociedade. O autor concedeu foco aos processos iniciais do desenvolvimento emocional, propondo uma teorização sobre o período que antecede as experiências edípicas, um momento do desenvolvimento humano em que não há ainda relações de objeto, uma vez que o bebê encontra-se em uma relação de dependência absoluta em que é ao mesmo tempo sujeito e objeto. Winnicott se distanciou das noções de aparelho psíquico e de pulsão propostas por Freud, afastando-se, conseqüentemente, da visão de homem-máquina inerente ao projeto Moderno.

As contribuições de Winnicott sobre o nascimento também diferem do que foi proposto por Freud, que apontou para o parto como um evento traumático em si mesmo. Freud postula que o protótipo da situação de ansiedade é derivado da

experiência do parto, uma vez que o nascimento provocaria um transbordamento energético percebido pelo bebê somente de forma somática, que não poderia ser inscrito no campo das representações devido à incapacidade do - ainda prematuro - aparelho psíquico de processar e ligar o excesso pulsional (Freud, 1926). Dessa forma, o que faria com que o nascimento fosse considerado um evento traumático seria o aumento de tensão acima do limite tolerável pelo bebê (Zornig & Levy, 2006). Apesar de Freud ter deixado claro que o parto não tem a ver com a percepção do bebê de estar se separando da mãe, pelo fato de este ainda não ter consciência de si, a origem da tensão acima do suportável pelo bebê estaria referida à separação biológica do corpo materno, ou seja, a uma pré-maturação que promove desamparo (Freud, 1926). A separação biológica, raiz da experiência de ansiedade, é relacionada por Freud a posteriores experiências de ansiedade diante da perda de objeto, e é aí que se situa a crítica e distinção da teoria winnicottiana no que se refere ao nascimento.

A partir de apontamentos de Freud sobre uma continuidade entre a vida intrauterina e pós-natal e sobre o fato de o bebê ainda não ser capaz de se perceber a si próprio, sendo incapaz de perceber, portanto, a experiência de separação, Winnicott conceituou o nascimento como uma experiência fortalecedora do ego, que pode ou não ser traumática. Como para Winnicott nem todo parto seria traumático, o autor chega a levantar a possibilidade de que a experiência de ansiedade ocorresse somente nos partos traumáticos, ou mesmo somente nos partos não traumáticos. Contudo, logo problematiza essas possibilidades, uma vez que todos os seres humanos experimentam ansiedade, tendo passado por experiências de parto diversas. Para Winnicott a ansiedade não está presente no nascimento, uma vez que ansiedade seria uma experiência física que o indivíduo não pode evitar nem entender, fruto de conteúdos reprimidos. Dessa forma, como não existe repressão nem inconsciente reprimido nesse estágio do desenvolvimento, o nascimento não pode constituir-se como base para a experiência de ansiedade. Marcando a diferença entre sua teoria e a teoria freudiana acerca do nascimento, Winnicott sugeriu a substituição da expressão “trauma do nascimento”, cunhada por Freud, por “experiência do nascimento” (Winnicott, 1949/2000).

A partir da teorização de Winnicott, que confere extrema importância aos fatores ambientais nos processos de constituição subjetiva, neste capítulo trataremos do papel do ambiente na experiência do parto, abarcando temas como

dor, temporalidade e morte. Buscando aprofundarmo-nos nas experiências de parto traumáticas, discutiremos o conceito violência obstétrica e as implicações dessa experiência de intrusão ambiental, que vem sendo denunciada por mulheres ao redor do mundo, no estabelecimento da díade mãe bebê e da preocupação materna primária (Winnicott, 1956/2000).

#### **4.1. Sobre dor, tempo e experiência de intrusão: o papel do ambiente**

A meu ver, as perturbações que o bebê pode vir a sofrer na experiência do nascimento não devem ser consideradas apenas em termos de ruptura de meninges ou hemorragias na medula. Estes traumas físicos ocorrem com frequência considerável, e às vezes as condições físicas predominam sobre todas as outras, mas nos casos considerados normais não há problemas físicos suficientes para que as necessidades emocionais da mãe e do bebê sejam deixadas de lado.

Winnicott, 1954/1990,  
p.170

O ambiente, tanto físico como humano, tem extrema relevância no processo de parturição, sendo promotor ou não de saúde emocional. Winnicott (1949/2000), ao discutir os aspectos emocionais inerentes ao nascimento, afirma que o parto não necessariamente é vivenciado como um trauma, apesar de ser uma experiência de intrusão ambiental. É preciso que a mãe se identifique com seu bebê, entregando-se ao processo de forma quase idêntica à que o bebê experimenta. Para que não se torne um evento traumático, é preciso que tenha suas necessidades atendidas pelo ambiente que a cerca, e que este lhe proporcione acolhimento e segurança, o que não costuma acontecer na assistência tradicional. O ambiente no qual o parto se dá é um aspecto importante a ser considerado quando se trata de humanização do nascimento. Um ambiente frio e hostil contribui para a construção de experiências de insegurança e desamparo, ao passo que um ambiente acolhedor, permeado por encontros humanos genuínos, contribui para a construção de experiências de segurança e sintonia afetiva.

Zveiter (2005), ao discutir o trauma na cena do nascimento, atenta essencialmente para o modo como os profissionais de saúde estão disponíveis para

a díade mãe-bebê no momento do parto. A autora aponta para a forma como o espaço, as pessoas e os procedimentos são organizados no contexto hospitalar, ressaltando o fato de os códigos desse ambiente não serem familiares à maioria das mulheres em trabalho de parto. Tal fato muitas vezes potencializa os sentimentos de medo e ansiedade, inibindo a produção de ocitocina e liberando adrenalina antes do período expulsivo, o que dificulta o trabalho de parto.

De acordo com Machado (2005), humanizar o parto é entendê-lo como parte de uma história, como processo de articulação de experiências pessoais, conjugais e familiares, que resultam na construção das identidades materna e paterna. Ressaltando que não há história sem tempo, a autora afirma que humanizar o parto é, então, atentar para o aspecto temporal que o nascimento abarca e, dessa forma, também para a noção de finitude humana, por termos nossa existência limitada dentro de determinado período. Nesse sentido, a humanização estaria ancorada em dois pilares: o tempo e a morte.

Os acontecimentos violentos, brutos, traumáticos, geralmente são marcados pela exclusão do cuidado com a temporalidade, sendo caracterizados pela pressa, pela falta de tempo. Nesse sentido, experiências de gestação, parto e pós-parto traumáticos geralmente envolvem ausência de cuidados e preparação pré-natal, consultas rápidas, antecipação do parto sem justificativa plausível, aceleração do processo de parto sem indicação para tal, e falta de acompanhamento no pós-natal (Machado, 2005).

White (2016) atenta para as implicações da temporalidade das instituições hospitalares - regidas por valores relacionados à eficácia e à tecnologia - no parto. As instituições médicas apresentam definições normativas sobre a temporalidade do parto, expressas por procedimentos rotineiros como induções, tanto para iniciar o trabalho de parto como para acelerá-lo; ruptura manual da bolsa; e cesarianas pré-agendadas. Tal fato promove tensões entre a temporalidade subjetiva e a temporalidade imposta pelo sistema.

A desconsideração do tempo necessário para elaborar a transição para a parentalidade no parto é evidenciada por uma mãe citada por Machado (2005) que, ao relatar sua experiência de parto cesáreo, diz que parecia que o bebê tinha nascido, mas que ela não tinha dado à luz. Esse relato explicita a importância da vivência do trabalho de parto para a apropriação do lugar de mãe desse bebê, para que do parto nasça também uma mãe. Nesse sentido, a autora ressalta que humanizar o parto é

dedicar tempo não só aos processos fisiológicos, mas também à escuta, para que seja possível partilhar outros nascimentos que não só o do bebê.

Com relação à morte, aqui seu sentido difere de ausência de vida, tão temida pela medicina tradicional durante os processos de parturição. Não é da morte concreta que se trata, mas dos processos de luto e despedida inerentes ao nascimento. Se a prática médica tradicional alimenta a onipotência dos profissionais de saúde, levando-os a crer que a submissão à tecnologia é o caminho para uma assistência qualificada, a prática médica humanizada teria como premissa a limitação humana, incluindo a dimensão simbólica dos processos de saúde e doença como um norteador para a assistência (Machado, 2005).

No parto, a dor presentifica o tempo: é aqui, é agora. E os intervalos entre uma dor e outra abrem espaço para a retomada da continuidade de ser (Winnicott, 1954/1990), tanto da gestante como do bebê. Segundo Zveiter, Progiante e Vargens (2005), a intensidade da dor geralmente está relacionada ao clima emocional no ambiente em que se dá o nascimento, o que pode torná-la um componente que dificulta o andamento do trabalho de parto em caso de ambientes desfavoráveis. Se o ambiente não é capaz de se adaptar às demandas da parturiente, provavelmente sua experiência com a dor no parto vai ser de maior sofrimento.

Como Winnicott (1949/2000) aponta para uma relação “muito clara” (p.266) entre a experiência do bebê e a experiência de sua mãe no parto, podemos inferir que, também para o bebê, se o ambiente não é capaz de se adaptar às demandas maternas no nascimento, a experiência de dor é vivida com maior sofrimento. O autor ressalta que na época do nascimento o bebê está em um estágio do desenvolvimento no qual necessita que o ambiente se adapte a ele, e não o contrário. Neste sentido, assim também deve ocorrer com sua mãe: o ambiente deve se adaptar às necessidades dela.

Contudo, os profissionais formados para trabalhar de acordo com a lógica hospitalar tradicional, baseada em medidas concretas de tempo e indicadores de qualidade das condições físicas, estão mais atentos aos potenciais fatores de risco físicos, e acabam desconsiderando os aspectos emocionais da mãe, do pai e do bebê (Zveiter, 2005; Zveiter, Progiante & Vargens, 2005).

Ao discorrer sobre o nascimento, Winnicott (1949/2000) ressalta a importância da experiência emocional neste evento, descrevendo o parto como “uma fase temporária de reação, e portanto de perda de identidade, um exemplo

importante de interferência no ‘continuar a ser’ pessoal” (p.264-265). O autor postula, portanto, que o parto é vivenciado pelo bebê como uma intrusão do ambiente, uma situação que demanda uma reação de sua parte. Contudo, o bebê estaria, no momento do parto, preparado para vivenciar tal intrusão, uma vez que ao longo da gravidez já pôde experimentar situações nas quais houve predominância do ambiente, e não do eu. Porém, o autor ressalta que é importante que esta intrusão não seja “tão intensa ou tão prolongada a ponto de cortar o fio do seu processo pessoal e contínuo” (p.265).

Entende-se que as interferências ambientais até certo ponto constituem-se em um estímulo valioso para o bebê, apontando para processos saudáveis. Porém, estímulos em excesso tornam-se contraproducentes, na medida em que demandam reações constantes e prolongadas por parte do bebê, que ainda não tem um ego tão fortalecido a ponto de reagir sem perder sua identidade. A partir do que foi postulado por Freud sobre a experiência do parto não implicar na percepção do bebê de que está sendo separado do corpo de sua mãe, Winnicott (1949/2000) discorre sobre o estado mental do feto a altura do nascimento e aponta para o início de um desenvolvimento emocional, ainda muito rudimentar, ressaltando os riscos de uma aceleração não saudável desse desenvolvimento.

Winnicott (1949/2000) divide a experiência do parto em três categorias: normal ou saudável; traumática comum; e traumática extrema. A primeira categoria estaria relacionada à experiência de parto na qual a intrusão é vivenciada de forma suportável pelo bebê, sem abalar sua continuidade de ser, na medida em que é “um exemplo exagerado de algo que o bebê já conhece” (p.264). Ou seja, é uma intrusão ambiental para a qual o bebê já está preparado, pois, apesar de demandar uma reação de sua parte, se assemelha a vivências anteriores, nas quais ele precisou reagir, mas logo retornou a um estado no qual não era preciso que reagisse. Esse estado no qual não é preciso reagir é o único, nos aponta Winnicott, “em que o eu pode começar a ser” (p.264). Esta vivência de nascimento seria um elemento favorável, dentro de uma série de outras experiências, ao desenvolvimento da confiança, da segurança, da estabilidade e do senso de sequência.

A segunda categoria aponta para uma vivência de nascimento na qual a intrusão ambiental excede o nível do suportável para o bebê naquele momento. Esta experiência pode acabar misturando-se a outros fatores ambientais traumáticos, intensificando-os e sendo intensificada por eles. A terceira, refere-se ao parto que é

vivenciado de forma tão intrusiva e vai tão além das experiências de intrusão experimentadas no pré-natal, que sua elaboração se torna difícil para os pais e pode acarretar em dificuldades no desenvolvimento do bebê.

Quando o ambiente “insiste em ser importante” (Winnicott, 1949/2000, p.266), pode ocorrer uma falsa integração, que pode levar a um desenvolvimento intelectual precoce ou a um fracasso no desenvolvimento do intelecto. O autor aponta para as dificuldades inerentes a tal forma de desenvolvimento intelectual, uma vez que este se dá em um momento extremamente precoce, “sendo portanto patologicamente desvinculado do corpo e de suas funções bem como dos sentimentos, impulsos e sensações do ego total” (Winnicott, 1949/2000, p.267). O bebê sente-se convocado a dar conta de uma experiência demasiadamente intrusiva, o que o afasta do seu ‘estado de ser’. Uma vez que nesse estágio a perda temporária da identidade - por conta da necessidade de reações prolongadas e/ou frequentes - provoca sentimento extremo de insegurança, caso o ambiente seja demasiadamente intrusivo essa experiência pode chegar a constituir-se como base para a expectativa de novas vivências de perda da continuidade do ser e da desesperança de alcançar uma vida pessoal.

Como Winnicott (1949/2000), acreditamos que a experiência do nascimento nem sempre seja traumática, sendo possível que seja vivenciada de forma tão suave que dificilmente se torne expressiva. Nos traços mnemônicos referentes ao “parto normal” (Winnicott, 1949/2000, p.268) - entendido aqui como parto vaginal sem intervenções - não estaria presente nenhum sentimento de desamparo, sugere o autor. O nascimento poderia ser sentido, aqui, como um resultado bem sucedido de um esforço do bebê. Porém, aquelas experiências que excedem o limite do possível para o bebê tornar-se-iam traumas, sendo imensamente significativas, e devendo ser consideradas de forma cuidadosa em análise. O autor defende a possibilidade de o trauma psicológico do nascimento agudo dar lugar a uma paranoia congênita, apesar de não herdada. Aqui, o sentimento de desamparo estaria presente nos traços mnemônicos.

Na maioria dos casos o trauma do nascimento é ligeiramente importante, geralmente atuando na intensidade do anseio do sujeito por novos nascimentos. Em alguns casos, contudo, a vivência traumática é tão intensa, que o indivíduo não tem outra chance, senão em análise, de fazer progressos em seu desenvolvimento emocional (Winnicott, 1949/2000). Da mesma forma que a experiência do parto

pode vir a ser traumática para o bebê, é possível também que se torne um trauma para os pais, o que, dialeticamente, afeta os processos de constituição subjetiva do bebê.

A fim de preservar um modo de vida pessoal já no início, o indivíduo precisa que as intrusões provocadoras de reações sejam mínimas. Todos os indivíduos buscam, na verdade, um novo nascimento, no qual a sua linha de vida não seja perturbada por uma quantidade de reações maior que a que pode ser experimentada sem que ocorra perda do sentimento de continuidade da existência pessoal. A saúde mental do indivíduo é fundada pela mãe, que, por devotar-se ao seu bebê, pode adaptar-se ativamente a ele. Isso pressupõe um estado básico de relaxamento da mãe, e também uma compreensão do modo de vida individual do bebê, e isto também deriva de sua capacidade de identificar-se com ele (Winnicott, 1949/2000, p.271).

Zveiter (2005) ressalta que a lógica de atendimento médico tradicional – pautada no paradigma tecnocrático - é invasiva, o que demanda ainda mais energia da mãe e do bebê para lidarem com essa invasão. Segundo a autora, a energia extra que essa invasão ambiental demanda pode constituir a base de marcas no psiquismo cujos efeitos podem ecoar nos cuidados maternos e, conseqüentemente, na saúde do bebê.

O ambiente humano tem fundamental importância no parto, podendo promover segurança e acolhimento ou desamparo. É fundamental, então, que os profissionais de saúde compreendam as experiências subjetivas dos pais no momento do parto, para que possam buscar oferecer um ambiente promotor de saúde emocional para a família. É necessário que o profissional de saúde entenda que o evento do parto exige cuidado e não controle, sendo o modelo de assistência que prima pelo controle e intervenção um risco potencial de trauma para a mãe e para o bebê, uma vez que ambos estão prontos para responder às demandas próprias da fisiologia do parto, e não às demandas extras vindas do ambiente (Zveiter, 2005).

Granato e Aiello-Vaisberg (2009) assinalam que a maternidade é um ponto de passagem em que sentimentos que imaginávamos enterrados vêm à tona ao mesmo tempo em que novos sentimentos surgem, podendo levar a mãe a maior grau de autonomia ou a ser dominada por ansiedades ancestrais. Segundo as autoras, a gestação, o parto e o desamparo do bebê evocam experiências emocionais primitivas no adulto, sendo um período potencialmente desagregador, com risco de

desequilíbrio psíquico principalmente para a mãe. As ansiedades primitivas que emergem podem contribuir para o colapso das defesas que até então mantinham a estabilidade emocional da mãe. Ao mesmo tempo, quando o ambiente garante o *holding* necessário, pode constituir-se em um momento de retomada do desenvolvimento emocional.

Segundo Winnicott (1970/1994), um evento se torna traumático quando as defesas organizadas não são eficazes, o que leva à emergência de um estado confusional e, posteriormente, a uma reorganização das defesas, fazendo o sujeito se valer de um mecanismo mais primitivo do que os que lhe eram suficientemente bons antes do evento. Neste sentido, o parto se torna ou não traumático para a mãe dependendo de como é vivenciado por ela, e tal vivência está diretamente relacionada à forma como o ambiente se apresenta para ela.

#### **4.2. Experiências infantis, morte e sexualidade no parto**

A gestação e o nascimento se dão em um corpo feminino marcado pelas experiências sexuais infantis, estando as fantasias que acompanharam tais experiências de prazer autoerótico inscritas no corpo. Todas essas representações do passado emergem durante a gravidez e o trabalho de parto, sendo esta a última etapa de um percurso de amadurecimento psíquico marcado pelo sexual, que tem seu começo na mais tenra infância (Bydlowski, 2000).

Ao mesmo tempo em que revive a dor de ter se separado de sua mãe, a mulher inconscientemente carrega a culpa por ter invejado e rivalizado com a mesma no período edípico e por ter agora concretizado a desejada gestação. Segundo Winnicott (1965/1975), a mulher grávida se depara com o sentimento de ter roubado o bebê do interior de sua própria mãe, o que pode provocar muita culpa ao longo da gestação.

Todos os nascimentos colocam em cena as representações de incesto e assassinato do filho, mas geralmente essas representações se mantêm reprimidas. Contudo, o temor inconsciente da vingança materna traduz-se como medo de ter um filho morto ou medo de morrer no parto. Nesse sentido, o medo de parir, que muitas vezes resulta em demanda de anestesia ou em cesarianas, está relacionado aos interditos sexuais do período edípico que afluem para a consciência (Bydlowski, 2000).

Nos momentos de dor no período expulsivo, a angústia provocada pelo afluxo à consciência de representações geralmente mantidas no inconsciente pode estar associada a imagens tão invasivas que as defesas do ego podem não ser suficientes. Algumas mulheres têm o impulso ou o desejo de fugir diante de tamanha angústia e, por isso, muitas maternidades têm como prática amarrar as parturientes ou exercer algum tipo de contenção corporal. Ao mesmo tempo, a dor do parto mascara o caráter sexual do evento, o que contribui para a organização de defesas contra as representações incestuais (Bydlowski, 1997; 2000).

Além de reativar representações incestuais inconscientes, estão presentes no parto ansiedades de esvaziamento, perda, castração, punição pela sexualidade e exposição ao desconhecido (Soifer, 1980). De acordo com Granato e Aiello-Vaisberg (2009), angústias de aniquilamento e de separação também são vivenciadas no parto. Como resultado das vivências de tais angústias e ansiedades, a parturiente experimenta um estado de confusão e perda de identidade (Winnicott, 1949/2000) atravessado pelas equiparações sujeito-objeto e fezes-pênis-bebê (Soifer, 1980).

A anestesia e a cesariana tendem a atenuar essas manifestações emocionais tão violentas que o parto desperta, assegurando com maior facilidade as funções defensivas contra as representações sexuais do nascimento. Contudo, Bydlowski (2000) ressalta que esses tipos de parto são marcados por uma irrealidade que produz sensação de ausência na parturiente e de ser estrangeiro no bebê.

Winnicott (1954/1990) defende a ideia de que bebês nascidos por cesarianas ou cujas mães receberam alta dose de anestesia no momento do parto, teriam perdido alguma coisa, por terem sido privados da experiência comum do nascimento. Segundo o autor, na experiência comum o bebê é ativo: quando está pronto para nascer, sua experiência de “estar-vivo” (p.166) promove impulsos em direção à mudança, o que não ocorre nos partos com intervenções externas.

A crise emocional suscitada pelo parto faz surgir na parturiente a memória de um casal que lhe é indiferente, pois evoca a representação edípica do lugar de terceiro excluído (Bydlowski, 2000). Muitas vezes, o(a) médico(a) inconscientemente ocupa o lugar da mãe para a mulher que está parindo, uma vez que a parturiente se encontra identificada com o bebê. A parturiente fica muito sensível aos cuidados que recebe de quem se encarrega de cuidar dela e, em virtude das fantasias edípicas infantis, identifica o(a) cuidador(a) a uma figura materna ou

muito hostil ou muito amistosa, sendo comum que se sinta perseguida pelo(a) enfermeiro(a) ou pelo(a) médico(a) que a assiste (Winnicott, 1965/1975) ou que se submeta a eles(as) (Ávila, 1998).

Neste sentido, mesmo quando as condutas médicas diferem de sua intuição e desejo, é comum testemunharmos a anuência das gestantes às orientações profissionais, provavelmente como forma de espiar a culpa edípica. Dessa forma, é imprescindível que os profissionais de saúde acolham a vulnerabilidade da mãe e não tentem impor sua vontade a ela. Quando o profissional atua de maneira cuidadosa e demonstra compreensão e apoio, a mulher pode mais facilmente desfazer sua identificação com a criança que fez a mãe sofrer no nascimento ou que desejou sua morte no período edípico, e tornar-se uma mãe ativa, que já não teme mais sua separação do filho, uma vez que já se sente capaz de protegê-lo como está sendo protegida por aqueles que assistem o parto (Ávila, 1998).

### **4.3. Violência obstétrica e parto traumático**

A experiência do parto pode ser impactada por inúmeros fatores como a percepção da performance pessoal, o tipo de parto realizado, as expectativas culturais, a capacidade de adaptação quando a expectativa não pôde ser alcançada, dentre outros. Em uma revisão bibliográfica sobre o tema, Simpson e Catling (2016) encontraram artigos que apontam para a qualidade das interações como um aspecto bastante significativo nas experiências traumáticas de parto, atentando tanto para as interações verbais como para as não-verbais. Os resultados dos estudos por eles encontrados ressaltam que os partos nos quais a qualidade das interações foi tida como baixa pelas parturientes - que relataram se sentir abandonadas ou desamparadas - estavam relacionados a altos índices de Estresse Pós-Traumático. Considerando a relação estabelecida em muitos estudos encontrados por eles entre as experiências traumáticas de parto e um amparo empobrecido ou até mesmo um desamparo por parte da equipe, os autores apontam para a importância do treinamento dos profissionais para que esses possam estabelecer um canal de comunicação efetivo com as parturientes durante o parto.

Em pesquisa sobre a vivência emocional da mulher no parto, na qual se utilizaram do método Bick de observação, Donelli e Lopes (2013) constataram que a equipe se utilizou de mecanismos defensivos que prejudicaram a interação

profissional-paciente. As autoras ressaltam que a comunicação no parto precisa ir além do verbal, posto que as parturientes geralmente encontram-se identificadas a seu bebê, ou seja, a um estágio anterior à palavra. Neste sentido, é somente por meio da identificação com a parturiente que a comunicação pode atingir sua eficácia (Donelli & Lopes, 2013).

Prata e Cintra (2017) relatam o caso de uma puérpera que havia desenvolvido defesas maníacas desde antes do parto, expressas por meio de gritos e ataques aos profissionais, que, por sua vez, não sabiam lidar com a paciente e temiam atendê-la. Por meio de uma escuta psicanalítica foi possível acessar a puérpera para além de suas defesas e proporcionar o atendimento que ela precisava para dar início ao processo de elaboração da transição para a maternidade.

Mulheres que já apresentam algum distúrbio emocional têm maior probabilidade de vivenciar o parto de forma traumática, o que aponta para a necessidade de um acompanhamento psicológico no pré-natal. Mulheres com histórias traumáticas são especialmente vulneráveis aos efeitos de baixo nível de suporte durante o parto, principalmente nos casos em que há muitas intervenções obstétricas (Simpson & Catling, 2016).

Por ser uma experiência subjetiva, o trauma no parto é difícil de ser definido por terceiros. Contudo, 20% a 48% das mulheres têm reportado experiências traumáticas de parto no mundo todo e os termos *birth rape* (Simpson & Catling, 2016) e *obstetric violence* (Dias-Tello, 2016; Sadler et al, 2016) têm sido utilizados em diversos países para designar tais experiências. Altas taxas de Estresse Pós-Traumático têm sido notificadas, além de outras repercussões na saúde mental materna, na vinculação mãe-bebê e no desenvolvimento da criança (Simpson & Catling, 2016). Além disso, experiências traumáticas de parto podem ter consequências na percepção materna sobre o filho, no vínculo conjugal, na amamentação ou no desejo por outros filhos (Blainey & Slade, 2015).

Em 2014 a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a declaração *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde* (OMS, 2014), que atesta que mulheres do mundo todo têm sido vítimas de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto. Tais maus-tratos consistem em violência física; humilhação e abusos verbais; procedimentos médicos coercitivos ou não consentidos; violações da privacidade; recusa em

administrar analgésicos; recusa de internação nas instituições de saúde; dentre outros.

De acordo com a declaração, adolescentes, mulheres com HIV, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível socioeconômico, mulheres de minorias étnicas ou imigrantes são mais propensas a vivenciarem situações de abuso, desrespeito e/ou maus-tratos. A OMS destaca que o desrespeito e os maus-tratos ocorrem também ao longo da gestação, mas ressalta a importância da atenção ao parto e ao pós-parto por serem momentos em que as mulheres se encontram especialmente vulneráveis, aumentando a probabilidade de consequências adversas diretas para a mãe e a criança (OMS, 2014).

Em pesquisa sobre violência obstétrica, Zanardo, Uribe, Nadal e Habigzang (2017) constataram que não há um consenso acerca do termo no Brasil. Segundo os autores, os estudos apontam para tratamento hostil, desrespeito, negligência, violência sexual, violência física, realização de procedimentos que não sejam baseados em evidências científicas, dentre outros. Os autores ressaltam a necessidade de conceituação do termo, principalmente juridicamente, o que contribuiria para a identificação e o enfrentamento dessas situações. A partir da revisão narrativa sobre o termo, conceituam:

a violência obstétrica é considerada uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto, que inclui perda da autonomia e decisão sobre seus corpos. Nesse sentido, significa a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto (p.5).

Nos últimos anos muitas definições de violência obstétrica têm sido cunhadas. Na América Latina, a Venezuela foi o primeiro país a aprovar, em 2007, uma lei que abarca o tema, garantindo que qualquer conduta profissional considerada desumana e que leve à apropriação indevida do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, promovendo a perda de autonomia, seja penalizada. O texto da lei também aponta para o impacto dos processos de medicalização e patologização do parto na autonomia da mulher.

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales,

trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (Venezuela, 2007).

Na Argentina, apesar de não haver legislação que cite especificamente o termo violência obstétrica, a lei N° 25.929 de 2004, que versa sobre o Parto Humanizado, também protege as mulheres da violência, uma vez que institui o direito à informação sobre as possíveis intervenções médicas para que a mulher possa optar quando existirem alternativas; o direito de ser tratada com respeito, considerando sua cultura e religião; o direito ao acompanhante; o direito ao parto natural, respeitando os tempos biológico e psicológico, evitando práticas invasivas e a indução do parto através de medicação, exceto quando extremamente necessário; dentre outros. A lei também assegura direitos ao recém-nascido - como o de ser tratado com respeito e à internação conjunta com os pais - e ao pai – como o de ter acesso continuado ao filho, desde que a situação clínica o permita (Argentina, 2004).

No Brasil, apesar de não existir legislação que criminalize a violência obstétrica, a prática infringe o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que institui, por meio da Portaria n°569 que “toda gestante tem direito a acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério” e que “toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura” (Brasil, 2000). Além disso, a violência obstétrica muitas vezes consiste no impedimento de um acompanhante durante o parto e o pós-parto imediato, o que infringe a lei n° 11.108/2005, que institui o direito ao acompanhante. A violência obstétrica infringe, ainda, vários tratados internacionais que regulam os direitos humanos e os direitos das mulheres, como a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 1994), por exemplo.

De acordo com o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN-SP, uma das formas mais recorrentes de violência obstétrica no Brasil é a realização de cesarianas sem indicação clínica. Nesses casos, são recorrentes as justificativas infundadas para a realização da cirurgia, tais como

o bebê é muito grande, muito pequeno ou está “passando da hora”; a parturiente tem estatura baixa ou quadril estreito demais, obstruindo a passagem; o cordão umbilical está enrolado no pescoço; o pé do bebê está preso na costela da mãe; há pouco líquido amniótico; a mulher apresenta uma cesariana anterior, deficiência ou mobilidade reduzida, falta de contrações ou dilatação (fora do trabalho de parto), hemorroidas, hepatite, cardiopatia etc (COREN-SP, s/d, p. 26-27)

Segundo o COREN-SP, o parto em posição de litotomia, com restrição de movimentos, e a estratégia de empurrar o bebê para acelerar o parto, dentre outros procedimentos, também são formas de violência obstétrica que contribuem para a realização de mais partos cirúrgicos no país (COREN-SP, s/d).

No Brasil, um quarto das mulheres relata ter passado por intervenções desnecessárias no parto, sofrido maus tratos e ter sido privada de uma assistência pautada por boas práticas, como a possibilidade de se movimentar e se alimentar durante o parto e ter um acompanhante presente (Tesser, Knobel, Andrezzo & Diniz, 2015). A pesquisa Nascido no Brasil apresentou dados significativos sobre o excesso de intervenções realizadas nos partos brasileiros. O uso de ocitocina e a realização da amniotomia (ambas técnicas que tem como objetivo acelerar o trabalho de parto) ocorreu em 40% das entrevistadas; a posição de litotomia ocorreu em 92% dos partos; 56% das mulheres foram submetidas a episiotomia; 37% receberam a manobra de Kristeller. Somente 25,2% das mulheres que entraram em trabalho de parto puderam se alimentar e 44,3% puderam se movimentar durante o trabalho de parto. Apenas 5,6% das mulheres entrevistadas tiveram partos naturais, sem nenhuma intervenção (Leal et al., 2014).

A violência emocional também é muito presente na assistência obstétrica brasileira. Em 2012 a Rede Parto do Princípio entregou um dossiê intitulado “Violência Obstétrica – Parirás com dor” à Comissão Parlamentar Mista da Violência Contra as Mulheres. Logo no início deste documento constam algumas frases relatadas por diversas mulheres que pariram em várias cidades do Brasil e expressam a violência emocional que sofreram por parte dos profissionais durante seus partos:

“Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?”; “Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo”; “Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender”; “Na hora de fazer, você gostou, né?”; “Cala a boca! Fica

quieta, senão vou te furar todinha” (Rede Parto do Princípio, 2012).

Em pesquisa sobre a percepção acerca da violência obstétrica pelas parturientes, Oliveira e Mercês (2017) constataram que as mulheres se calam diante da dor a fim de se protegerem da violência institucional, uma vez que há o pressuposto de que se a parturiente permanecer quieta, ela será mais bem assistida.

Quase a totalidade dos partos ocorridos no país é realizada em hospitais, geralmente assistidos por médicos obstetras. Como já sinalizamos anteriormente, é preciso ressaltar que a maioria das mulheres brasileiras, mesmo diante de um cenário cultural que contribui para a disseminação do paradigma biomédico, inicialmente não deseja realizar uma cesariana, e que as cesarianas acabam ocorrendo, em sua maioria, devido a informações transmitidas pelos profissionais de saúde (Tesser et al., 2015). De acordo com Tesser et al (2015), apesar de a cobertura pré-natal ser elevada no Brasil (98,7%), apenas 40% das mulheres relatam ter sido orientadas sobre boas práticas para o trabalho de parto. O usual é que as orientações gravitem em torno dos sinais de risco no parto. Essa conduta profissional expressa identificação com valores tecnocráticos que, conforme já vimos anteriormente, foca nos processos de doença e não na promoção de saúde. Os autores propõem que a formação médica tem grande impacto nesta questão, uma vez que o treinamento para a assistência ao parto vem envolvendo intervenções cirúrgicas e deixando de lado o manejo clínico do parto.

Segundo Leal et al. (2014), um dos aspectos que chamam mais atenção nas práticas obstétricas brasileiras é a aceleração do tempo do trabalho de parto, com conseqüente desrespeito à autonomia das mulheres no processo de parturição. A pressa em provocar o nascimento das crianças justifica o alto índice de intervenções, inclusive a enorme taxa de cesarianas. Assim como apontam Tesser et al (2015), de acordo com os autores esse é um processo que tem início na assistência pré-natal, uma vez que as mulheres não recebem informações sobre as boas práticas e sobre os benefícios do parto vaginal, não sendo preparadas para parir.

Com o intuito de contribuir para a mudança desse cenário intervencionista e propulsor de violência, Tesser et al (2015) atentam para a importância da instrumentalização dos médicos de família para que estes profissionais possam orientar as gestantes e suas famílias sobre os benefícios do parto natural e sobre

boas práticas que facilitam o parto. Com informação sobre os processos de saúde e não só sobre os processos de doença, espera-se que haja um empoderamento dos usuários do sistema de saúde para que estes possam exigir uma assistência obstétrica segura e de qualidade. Nesse sentido, os autores ressaltam que, para enfrentar a violência obstétrica no país, é preciso que os profissionais se impliquem e estejam dispostos a ressignificar sua compreensão biomédica da gestação e da parturição.

Tesser et al (2015) atentam também para o plano de parto como um recurso para contornar a violência obstétrica no Brasil. Segundo os autores, este ainda é um recurso subutilizado no país, mas de extrema importância no combate à violência, pelo fato de convidar a mulher a refletir, junto com a equipe que a assiste, sobre seus direitos durante o parto e sobre suas necessidades, valores e sentimentos acerca do processo de parturição. A elaboração deste documento possibilita maior apropriação do processo de parto pela mulher e contribui para o exercício de uma comunicação eficaz entre ela e os profissionais de saúde.

Conforme já vimos, experiências traumáticas de parto, de acordo com o referencial winnicottiano, seriam marcadas por intrusões ambientais maiores do que o suportável pelo bebê, que seria convocado pelo ambiente a reagir diante dessas intrusões, o que afeta sua continuidade de ser. Para a mãe, a experiência traumática estaria relacionada às mesmas intrusões ambientais, que demandariam reorganização de suas defesas, levando-a a utilizar-se de defesas mais primitivas diante do ambiente demasiadamente intrusivo. O final da gestação e o parto promovem na mulher um estado muito peculiar de retraimento no qual se encontra em profunda identificação com o seu bebê. Nesse sentido, no momento em que vivencia tais experiências demasiadamente intrusivas, a parturiente está completamente vulnerável. Winnicott denominou esse estado particular de retraimento materno como preocupação materna primária (1956/2000), e ressaltou sua importância para o desenvolvimento humano inicial.

Conforme apontam as pesquisas de Blainey e Slade (2015) e Simpson e Catling (2016), partos vivenciados como traumáticos pelas parturientes podem acarretar em dificuldades no estabelecimento do vínculo mãe-bebê. Nesse sentido, podemos supor que mulheres que passaram por experiências traumáticas de parto na qual se sentiram violentadas pela equipe responsável por prover-lhe suporte em

um momento de vulnerabilidade tenham mais dificuldade em seguir se entregando para esse estado de identificação profunda com o bebê.

O nascimento é tido socialmente como uma experiência positiva, o que torna mais difícil para as mulheres que tiveram experiências traumáticas falar sobre suas vivências (Blainey & Slade, 2015). A busca de um sentido é um processo significativo para quem vivenciou alguma experiência traumática. Escrever sobre as emoções vivenciadas em eventos traumáticos contribui para uma reorganização psíquica e compartilhar suas histórias produz a sensação de, além de estar elaborando internamente a própria vivência, estar ajudando outras pessoas que possam ter passado ou vir a passar pela mesma experiência traumática. Em pesquisa sobre a experiência de escrever relatos de partos traumáticos e compartilhá-los online, Blainey e Slade (2015) constataram que poder ajudar outras pessoas é uma forma de dar um significado positivo à experiência traumática. O empoderamento que a escrita proporciona também apareceu no relato das mulheres por eles entrevistadas, que apontaram para a importância de terem voz sobre uma experiência na qual se sentiram silenciadas. Algumas mulheres relataram que escrever era um caminho mais possível para elas do que falar sobre suas experiências de parto, apontando para um desejo de elaboração por meio da escrita.

No próximo capítulo discutiremos sobre o uso da escrita em blogs como forma de construção da parentalidade, bem como sobre a publicização da experiência íntima do parto na internet como recurso elaborativo e busca por suporte social. Antes disso, contudo, debateremos os processos subjetivos inerentes à transição para a parentalidade, como as mudanças experimentadas pelo casal conjugal e as transformações nas identidades de cada um dos pais.

## 5. Os processos subjetivos na transição para a parentalidade e os ambientes de amparo online

A chegada de um bebê demanda não só a adaptação à nova rotina de cuidados, como a elaboração do luto pelo filho idealizado e a entrega à dependência, que requer que os pais abdicuem momentaneamente de seus afazeres no mundo exterior para se dedicarem ao estabelecimento da sintonia afetiva com o bebê. Para o bebê, é muito importante ser cuidado pelos pais até que esteja pronto emocionalmente para se separar de seus pais. Winnicott (1963/1982) aponta para a necessidade de as crianças permanecerem junto de seus cuidadores primordiais durante os estágios que denomina dependência absoluta e dependência relativa, até que possam estar seguras do que levam dentro de si, e possam, assim, se separar de seus pais de forma saudável.

A importância da presença materna se tornou inquestionável ao longo da História, mas na atualidade, devido ao contexto que estimula o “retorno” paterno ao âmbito privado, a presença do pai é também ressaltada. Parece não restar dúvidas na contemporaneidade em relação à relevância da presença paterna nas interações precoces com seus filhos. Seja atribuindo importância à sua presença concreta e às trocas intersubjetivas que estabelece com seu bebê; enfatizando a sua presença no inconsciente materno; e/ou atentando para sua função de provisão ambiental, é expressivo o número de autores que discutem o papel do pai desde o nascimento do bebê.

Winnicott (1963/1982) aponta para a dificuldade vivenciada pelo adulto cuidador – seja ele a mãe, o pai ou qualquer outro que exerça esse papel - em adaptar-se ao processo maturacional da criança, ressaltando a necessidade de redes de apoio e suporte social para que tal adaptação se dê.

Neste capítulo, buscaremos discutir as transformações psíquicas oriundas da transição para a parentalidade, bem como as mudanças na relação conjugal a partir da parentalidade e as novas formas de inserção masculina no cuidado com os filhos. Em seguida, discutiremos a respeito da rede virtual como possibilidade de amparo social na transição para a parentalidade.

## 5.1. Transição para a parentalidade: o encontro com o bebê

A transição para a parentalidade reaviva desejos infantis face aos próprios pais, tidos, à época da infância, como super poderosos. São os pais que decidem sobre nosso nascimento, bem como os dos eventuais irmãos que porventura tenhamos tido ou venhamos a ter, o que acarreta ao mesmo tempo em idealização e vivências de ódio e inveja na experiência infantil. Para as crianças, não há alternativa a não ser esperar atingir a maturidade para, então, ser capaz de adentrar esse universo super poderoso da procriação. Ao longo deste percurso, muitos elementos podem intervir no desejo de filho, fazendo com que se atualize no projeto de filho ou não. Porém, mesmo quando atualizado pelo projeto de filho, o desejo de filho é profundamente ambivalente (Debray, 1988).

Tornar-se mãe e pai implica inserir-se na cadeia geracional como elo entre aqueles que nos antecederam e aqueles que nos sucederão. Nesse sentido, a transição para a parentalidade assinala o acesso à maturidade e, ao mesmo tempo, escancara a finitude da vida, ressaltando nosso futuro desaparecimento. Assim, conceber um filho consiste em um "jogo complexo de impulsos contraditórios" (Debray, 1988, p.24). O projeto de filho reativa as figuras edípicas da forma como foram vividas por cada um dos progenitores, e promove, ao mesmo tempo, alegria por ascender à procriação e tomar o lugar dos pais na cadeia geracional, e temores de perder o bebê ou ter um filho com alguma síndrome, por exemplo, o que confirmaria a punição pela transgressão edipiana.

Lebovici e Solis-Ponton (2004) ressaltam que a parentalidade vai além do fator biológico; tornar-se pai e mãe implica na aceitação da transmissão intergeracional, ou seja, de que herdamos algo de nossos pais para além das características genéticas. A parentalidade se inicia pelo investimento na criança imaginária, idealizada, que será introduzida no conflito edipiano dos pais, sendo portadora da história transgeracional familiar. O processo de parentalização envolve, então, uma criança imaginada que é fruto do entrecruzamento das histórias transgeracionais de cada um dos pais. Essas histórias constituirão um mandato do futuro da criança caso os conflitos dos pais sejam muito rígidos; caso contrário, esse mandato vai se modificando ao longo do tempo.

O projeto de filho se apoia na nostalgia do amor recebido dos pais na infância, no desejo de voltar a encontrar esse espaço-tempo onipotente em que a

criança recebia amor incondicional (Lebovici & Solis-Ponton, 2004). Dessa forma, o processo de parentalização está diretamente relacionado ao narcisismo primário, tanto da mãe como do pai, pois na parentalidade o investimento libidinal objetal não ocorre em detrimento do narcisismo dos pais, ao contrário, há um sobreinvestimento narcisista uma vez que o filho é percebido como uma produção endógena. É esse investimento que vai fazer com que a criança se sinta desejada para que possa, conseqüentemente, construir seu narcisismo primário, o que permite que seu ego se desenvolva (Solis-Ponton, 2004). Ao mesmo tempo, é o investimento narcísico, que permite aos pais demonstrarem aos filhos seu desejo por eles, que possibilita que se tornem de fato pais e mães. A criança desejada é também narcísica e, apesar de ser integralmente dependente do ambiente, sente-se onipotente. Nesse sentido, “o narcisismo primário dá sentimento próprio à criança e permite que se sinta viva quando sua mãe a abandona” (Lebovici & Solis-Ponton, 2004, p.23).

A transição para a parentalidade é um processo que consiste em uma possibilidade de amadurecimento relacional e psíquico, embora seja também um momento propício a crises emocionais. De acordo com Solis-Ponton (2004), esse processo envolve complexo trabalho psíquico, na medida em que a parentalidade não existe como conceito no inconsciente no início, mas se desenvolve no aparelho psíquico “como produto da intersubjetividade e da transmissão intergeracional” (p.30). Tal conceito equivalerá à construção de um sistema de categorias mentais que engloba a categoria de idade e diferença entre as gerações e a categoria de sexo e diferença entre homem e mulher, introduzindo a assimetria e a heterogeneidade nas relações pais-criança, que funcionam como organizadores psíquicos. Dessa forma, Solis-Ponton (2004) aborda a parentalidade como uma estrutura que se instala no psiquismo em decorrência da evolução do grupo familiar. Tal estrutura organiza o pensamento dos pais perante seu filho, da mesma forma que organiza o pensamento da criança, que apreende as diferenças nas atribuições e obrigações de pais e filhos, e as diferenças entre homens e mulheres. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que a criança se constitui, ela constrói e parentaliza seus pais.

Houzel (2004) define parentalidade como o conjunto de processos psicoafetivos decorrentes do tornar-se pais, assinalando que tal neologismo foi proposto em decorrência das psicoses puerperais, que apontaram para zonas de fragilidade do psiquismo que permaneciam desconhecidas até então. O autor propõe

a existência de três eixos organizadores da parentalidade: o exercício da parentalidade; a experiência da parentalidade e a prática da parentalidade.

O exercício da parentalidade se aproxima de um sentido jurídico. Situa os indivíduos em termos de direitos e deveres, garantindo um espaço social para que os membros do grupo familiar possam se desenvolver. Com relação ao plano intrapsíquico, o exercício da parentalidade diz respeito aos interditos que organizam o psiquismo individual, principalmente ao tabu do incesto.

A experiência da parentalidade está relacionada à experiência subjetiva dos pais, tanto consciente como inconsciente, acerca do processo de transição para a parentalidade e dos papéis parentais. Diz respeito também ao desejo de ambos os pais pela criança, que está relacionado à identificação com seu pai de mesmo sexo no processo edípico e ao “desejo de reparação dos objetos parentais danificados na fantasia” (p.49). Transmitir a vida constitui-se em uma possibilidade de reparação, na medida em que possibilita a restauração da fecundidade fantasmática das imagos parentais de cada membro do casal. De acordo com Houzel, na literatura sistêmica o conceito “dívida de vida” sugere exatamente a noção de que algo que foi recebido deve ser transmitido, a fim de restaurar a homeostase do grupo.

A prática da parentalidade é referente às tarefas cotidianas, aos cuidados físicos e psíquicos dispensados ao bebê. Nesse eixo estão incluídas as interações comportamentais; as interações afetivas; as interações fantasmáticas, que designam aspecto não consciente na interação, organizado em função da história de cada um dos pais e da história do casal; e as interações simbólicas, que assinalam os aspectos da transmissão simbólica que inscrevem o indivíduo na filiação.

Houzel (2004) afirma que para ser pai e mãe não basta ser designado como pais, ser genitor ou preencher as condições necessárias, “é necessário “tornar-se pais”, o que se faz por meio de um processo complexo implicando níveis conscientes e inconscientes do funcionamento mental” (p. 47). A dificuldade em questão, portanto, está relacionada ao processo de construção da parentalidade.

Durante a gestação, imaginar as características do bebê permite aos pais maior concretude acerca da parentalidade, sendo, neste sentido, importante no processo de elaboração deste período de transição. O movimento imaginativo dos pais durante a gestação tem repercussões na futura relação pais-bebê, contribuindo para a construção das fantasias e representações parentais acerca do filho, bem

como na forma como pai e mãe interpretam seus sinais após o nascimento (Raphael-Leff, 1993; Piccinini, Levandowski, Gomes, Lindenmeyer & Lopes, 2009).

Lebovici (1987) aponta para a coexistência de três bebês na mente materna: o bebê edípico, o bebê imaginário e o bebê da realidade. O bebê edípico é inconsciente, fruto da história edípica infantil materna, do desejo reprimido de ter tido um filho com o pai. O bebê imaginário é esse que vai sendo construído ao longo da gestação, por meio das expectativas e dos preparativos para receber o bebê propriamente dito, sendo produto do desejo de maternidade. O bebê real, é o bebê propriamente dito, aquele que nascerá no parto.

O bebê imaginado pelos pais geralmente é bastante idealizado, diferindo na maioria das vezes do bebê real. Em geral há grande expectativa social para o momento no qual os pais conhecem o bebê real. Espera-se que este seja um momento de muita emoção, repleto de amor e felicidade. Contudo, a passagem do bebê imaginado para o bebê real não é tão simples e muitas vezes demanda tempo de elaboração. Neste sentido, a primeira reação dos pais ao verem o filho pode ser tanto de alegria e emoção com sua chegada, como de frustração e decepção, caso seja possível constatarem imediatamente que o mesmo em nada se parece com o filho idealizado (Maldonado, Nahoum & Dickstein, 1985).

Ao longo da gestação, também o parto é imaginado e, na realidade, frequentemente difere do que foi planejado. Não se pode prever ou controlar o nascimento - mesmo nos casos de maior intervenção médica há alto grau de imprevisibilidade. Não se sabe se o parto transcorrerá tranquilamente ou se terão complicações, quanto tempo durará o processo ou quais serão as atitudes da equipe profissional no momento. Com frequência, os membros do casal idealizam o momento do parto e se sentem frustrados por não ter ocorrido da forma que esperavam. É frequente no Brasil, por exemplo, a expectativa de parto vaginal acabar em uma cesariana. Tal discrepância entre o que foi idealizado e o que ocorreu de fato no momento do parto pode gerar, além do sentimento de frustração, um sentimento de fracasso, como se a mulher não tivesse sido capaz de parir o filho da forma imaginada (Maldonado, Nahoum & Dickstein, 1985).

O parto é um evento complexo que envolve aspectos psicológicos, físicos, sociais, e que geralmente mobiliza sentimentos contraditórios como ansiedade, insegurança, medo, estresse, alegria, excitação e expectativa. Sendo assim, não é apenas o meio pelo qual homens e mulheres se tornam pais, mas um evento

propenso a profundas transformações em seus psiquismos, acarretando geralmente na reformulação identitária de homens e mulheres (Lopes, Donelli, Lima & Piccinini, 2005).

O nascimento de um filho inaugura definitiva e concretamente a parentalidade, o que vem acompanhado de toda a pressão social inerente aos papéis parentais, e marca o início da prática da parentalidade (Houzel, 2004). Neste sentido, traz consigo a necessidade de reorganização psíquica de ambos os cônjuges na tentativa de elaborar o novo lugar que passam a ocupar na família e na sociedade, bem como as responsabilidades inerentes às funções que passam a exercer junto à criança (Lopes *et al.*, 2005; Szejer & Stewart, 1997).

De acordo com Zornig (2010), a chegada de um filho provoca uma neoformação psíquica nos pais, modificando profunda e irreversivelmente seu psiquismo. Nesse sentido, apesar da importância significativa de todas as mudanças concretas relacionadas à rotina do casal, Bradt e Jack (1995) ressaltam que o maior impacto proveniente do processo de construção da parentalidade incide sobre o psiquismo do homem e da mulher. Para muitas pessoas, tornar-se pai ou mãe afeta a autoestima e o desenvolvimento de sua própria identidade.

O nascimento é a marca mais significativa das transições que já vêm ocorrendo desde a gestação e continuarão se dando no meio familiar, sendo um rito de passagem que inaugura as trocas diretas entre os pais e o filho. O bebê, que antes habitava o corpo materno, vem ao mundo, introduzindo definitivamente uma nova fase do ciclo vital. Tal evento proporciona aos pais a oportunidade de reviverem seu próprio nascimento e de renascerem como homem e como mulher, além de nascerem como pai e mãe daquele bebê (Szejer & Stewart, 1997).

O bebê que era imaginado no psiquismo dos pais, vai agora encontrar o mundo, dando lugar ao bebê da realidade (Maldonado, Nahoum & Dickstein, 1985). As fantasias e os desejos dos cônjuges irão, pouco a pouco, confrontar-se com a passagem do bebê idealizado para o bebê real (Serra & Serra, 2007). O filho passa a ser concretamente visto como uma pessoa diferente da mãe, podendo agora estabelecer trocas diretas com seu pai. Neste sentido, por possibilitar ao pai seu primeiro contato direto com o bebê, o parto é um momento importante no despertar para a parentalidade também nos homens (Brandão, 2009; Jardim & Penna, 2012).

A expectativa com relação à “competência” do casal de gerar uma criança saudável, posta à prova durante o trabalho de parto, costuma ser fonte de muita

ansiedade para ambos os pais. No momento em que se deparam com um produto seu, atestam sua capacidade reprodutiva. Neste sentido, pais e mães podem sentir alívio por terem passado pela experiência do parto de forma saudável, o que contribui para o aumento da autoconfiança na própria capacidade de procriação. Ao mesmo tempo, podem sentir-se decepcionados pelo fato de o filho ser diferente do imaginado e ter medo de não conseguirem cuidar bem do bebê (Lopes *et al.*, 2005; Maldonado *et al.*, 1985).

No período posterior ao nascimento, é necessário que os pais conciliem a criança que haviam imaginado com o filho real para que o desenvolvimento do vínculo emocional parento-filial se dê. Se em alguns casos isto é simples, porque o bebê real corresponde, em certa medida, às suas expectativas, em outros, nos quais a criança da realidade difere muito da criança imaginada, o envolvimento emocional entre os pais e o bebê pode encontrar-se dificultado, até que seja possível fazer o luto pelo filho idealizado e aceitar o filho real (Brandão, 2009; Debray, 1988). Após o parto, os vínculos passam a ser estabelecidos com a criança real e é para ela que os valores são passados, em meio à nova estrutura familiar. Tal passagem do bebê imaginário para o bebê real pode contribuir tanto para a aproximação como para o afastamento conjugal (Medeiros & Santos, 2009; Oliveira & Brito, 2009).

Com relação à conjugalidade, o nascimento de um filho redefine a relação entre o casal, na medida em que possibilita a formação de novas duplas no núcleo familiar, o que requer a reorganização das relações de poder dentro do sistema. É comum que a transição para a parentalidade afete a satisfação conjugal, que geralmente apresenta declínio entre a gestação e os 18 meses do bebê. Porém, ao mesmo tempo em que há declínio da satisfação no que diz respeito ao romance, pode haver aumento do companheirismo e da parceria durante esse período (Menezes & Lopes, 2007).

Hidalgo e Menéndez (2003), em pesquisa sobre a conjugalidade na transição para a parentalidade, constataram que, em linhas gerais, a chegada de um bebê tende a deteriorar a relação conjugal. As autoras ressaltam alguns pontos que influenciam diretamente na manutenção da relação conjugal durante este processo, como o apoio emocional recebido do cônjuge, o envolvimento paterno nos cuidados com o bebê, e a divisão satisfatória de tarefas domésticas. Uma das dimensões chave encontradas no estudo foi o apoio emocional recebido do cônjuge. Os casais que

apresentaram alto nível de apoio mútuo, cujos membros eram sensíveis às necessidades emocionais um do outro, demonstraram ter mais recursos emocionais para lidar com as mudanças oriundas da transição para a parentalidade. A sintonia e a consistência da relação conjugal na qual havia respeito, cuidado mútuo e compartilhamento de responsabilidades facilitou o desempenho dos papéis parentais de forma satisfatória.

A transição para a parentalidade suscita uma variedade de ajustes e adaptações que podem levar a desavenças conjugais, e a forma como os membros do casal vão ultrapassar esse momento de adaptação depende do modo como já se relacionavam antes dos filhos. Menezes e Lopes (2007) atentam para a importância da natureza da relação conjugal vivenciada antes do processo de transição para a parentalidade, uma vez que a transição constitui-se como evento estressor que potencializa os aspectos da relação que já estavam sendo vivenciados antes da chegada do filho.

A vivência da parentalidade modifica o estilo de vida que o casal levava anteriormente, demandando modificações tanto nos hábitos pessoais como na rotina conjugal, reduzindo drasticamente o tempo disponível para investir em atividades pessoais e/ou conjugais. Além disso, a chegada dos filhos geralmente implica na vivência de certa tradicionalização dos papéis de gênero - uma vez que escancara a diferença entre os sexos para o casal igualitário -, sendo comum que as mulheres se voltem mais para os cuidados com os filhos e com a casa, enquanto os homens se ocupam da função de prover. De acordo com Hidalgo e Menéndez (2003), tais questões estão relacionadas à queda na satisfação conjugal durante a transição para a parentalidade apontada na literatura. Contudo, da mesma forma que Menezes e Lopes (2007), as autoras afirmam que, apesar da crise suscitada pela transição para a parentalidade, as relações conjugais que funcionavam satisfatoriamente bem antes da chegada do filho tendem a seguir sendo satisfatórias, ao passo que aquelas que já eram problemáticas tendem a ter os problemas intensificados.

Se o casal tem apoio social para voltar suas atenções para os processos emocionais que estão ocorrendo, as relações estabelecidas na nova família podem acarretar no desenvolvimento de maior aproximação entre os membros do casal, fortalecendo sua relação na medida em que vão elaborando as mudanças decorrentes dessa fase do ciclo vital (Marques et al, 2010).

A transição para a parentalidade se manifesta de diferentes formas em cada caso. Contudo, Menezes e Lopes (2007) constataram que casais cujos homens apresentaram baixo investimento no desenvolvimento do papel parental e as mulheres demonstraram intenso investimento na parentalidade apresentaram baixa satisfação conjugal.

A experiência da transição para a maternidade tem um impacto de maior magnitude na vida das mulheres do que a paternidade tem na vida dos homens, acarretando em maiores mudanças na situação profissional, nas tarefas desempenhadas cotidianamente e nas relações com familiares e amigos, assim como o declínio na satisfação com a relação conjugal geralmente é maior nas mulheres do que nos homens (Hidalgo & Menéndez, 2003).

Para os filhos, parece ser mais fácil poderem contar com a presença dos dois pais, uma vez que essa dupla presença permite a expressão do amor para um dos cuidadores e do ódio para o outro. Tal possibilidade apresenta uma influência estabilizadora para os bebês. A relação entre pai e mãe é por eles percebida de forma sensível, e, quando esta representa um ambiente social provedor de segurança emocional, resulta em experiências tranquilizadoras para o bebê (Winnicott, 1957/1975).

A transição para a parentalidade é experimentada tanto na esfera familiar como na esfera pessoal. Tornar-se pai e mãe suscita a necessidade da incorporação à identidade de novas cognições, condutas e emoções. Tal incorporação demanda uma série de ajustes que incidirão sobre os pensamentos, comportamentos e percepção de si próprio como adulto. Como todas as fases críticas do ciclo vital, o nascimento de um filho pode produzir progressões ou regressões, ou seja, é possível que proporcione aos novos pais amadurecimento emocional ou que os leve a se comportarem de forma infantilizada, a fim de que eles próprios sejam cuidados como bebês (Pincus & Dare, 1981). De acordo com Debray (1988), dificilmente o surgimento de uma nova vida humana é indiferente para outros seres humanos. Podemos nos sentir perturbados, alegres, tristes, angustiados, ou tudo isso ao mesmo tempo. Isso porque o nascimento faz aflorar nos níveis consciente e pré-consciente os impulsos contraditórios oriundos do conflito edipiano inconsciente.

Com relação à construção da maternidade, muitos autores descrevem modificações significativas no psiquismo da mulher. Winnicott (1956/2000) sugere ser a mãe a pessoa mais adequada para maternar o filho, pois esta é capaz de atingir

o estado de preocupação materna primária, no qual consegue estabelecer profunda empatia com seu bebê, antevendo suas necessidades. Apesar de ser um estado psicológico muito especial da mãe, em que sua sensibilidade em relação ao filho torna-se exacerbada, o autor assinala a possibilidade de haver substitutos maternos que desempenhem essa função com êxito, mas circunscreve a possibilidade de alcançar tal estado às mulheres.

Bydlowski (1997) descreve um estado de transparência psíquica, no qual o psiquismo materno é exposto a certo levantamento do recalque, possibilitando permeabilidade às representações inconscientes. Tal estado, segundo a autora, tem início nas primeiras semanas de gestação. Stern (1997) descreve também uma nova organização no psiquismo materno desde a gravidez até depois do nascimento da criança, que nomeia constelação da maternidade. Segundo o autor, tal estado comporta um conjunto de tendências, fantasias, desejos e medos, e os interesses das mães são mais voltados para outras mulheres do que para os homens, em especial para sua própria mãe.

Apesar de existirem significativos estudos sobre as modificações psíquicas que ocorrem no psiquismo materno, as modificações no psiquismo dos pais estão apenas começando a ser exploradas. De acordo com Houzel (2004), as mudanças inegavelmente ocorrem, o que pode ser atestado pelos distúrbios psicopatológicos vivenciados pelos pais na transição para parentalidade. Além dos distúrbios de conduta e das psiconeuroses decorrentes da paternidade, o autor atenta para a síndrome de *couvade*, na qual o homem vivencia no seu próprio corpo modificações decorrentes da gestação, desenvolvendo alguns sintomas semelhantes aos que ocorrem em sua companheira.

De acordo com Missonnier (2004), o processo de construção da parentalidade ocorre em todas as etapas da vida, mas de forma especial durante a gravidez. Na gestação a mulher tem uma concentração de vida dentro do seu corpo, que conjuga a sua própria vida, a vida do pai do bebê e a vida do bebê. Segundo o autor tal concentração de vida produz uma ebulição emocional nas futuras mães, o que certamente nos possibilita inferir uma diferença entre os processos que ocorrem no psiquismo materno e os que ocorrem no psiquismo paterno, devido ao fato de a mulher carregar dentro de si o bebê. Contudo, Missonnier (2004) aponta para a presença de células paternas e maternas na constituição da placenta, assinalando que no nível biológico “o envelope primitivo é a assinatura da copresença das duas

linhagens parentais” (p.116), e sugere o termo placenta parental. Segundo o autor, a importância do termo é referente ao entendimento da placenta como um terceiro, tanto no plano biológico como no plano psicológico. No nível biológico, funciona como interface entre o sistema materno e o sistema fetal, possibilitando a homeostase entre os dois. No nível psicológico, sugere o encontro das duas psiques parentais, construindo uma cadeia de representações da qual a criança vai advir. Nesse sentido o autor marca: não há relação dual. A biologia não sustenta, segundo ele, a noção de mãe e feto fusionados.

A psicanálise freudiana localiza o papel do pai a partir do complexo de Édipo, após longo período pré-edípico. O pai é, assim, “o lugar de projeção do sadismo pulsional voltado para fora e personaliza o superego, tanto nos rapazes quanto nas filhas” (Lebovici, 1987, p. 270). Apesar de Freud ter apontado para a relevância do papel do pai somente a partir do Édipo, autores pós-freudianos têm proposto um papel fundamental do pai no período pré-edípico. Melanie Klein, por exemplo, supõe que o pai é receptáculo de projeções do objeto mau interno clivado desde as interações pré-genitais e que a triangulação edípica existe desde o início da vida (Lebovici, 1987).

Green (1988) aponta para a não existência de uma díade mãe-bebê sem a presença do pai. De acordo com o autor, na medida em que a criança é o símbolo da união entre um pai e uma mãe, o pai sempre está em alguma parte do inconsciente materno, mesmo se odiado ou banido. O fato de por vezes o pai encontrar-se ausente dessas trocas diádicas iniciais não significa que seja inexistente, pois existe uma presença potencial. De acordo com Green (1988), “a ausência é uma situação intermediária entre a presença (tanto quanto a intrusão) e a perda (tanto quanto a aniquilação)” (p.56). O pai aparece então como um terceiro que sustenta a possibilidade da díade se manter enquanto tal, não sendo a dimensão da falta enfatizada. É um pai que está entre a mãe e o bebê, mas não no sentido da dimensão de um corte, apontando mais para uma noção de alteridade que é vivenciada como semelhança.

Segundo Winnicott (1957/1975), os bebês têm constante predisposição para odiar alguém, e se o pai não pode estar presente, ou não pode sustentar essa agressividade, ela será direcionada à mãe, e isto irá confundir a criança, pelo fato de ser a mãe seu primeiro objeto de amor. O autor, ao discutir sobre as atitudes que um pai pode tomar no sentido de dar suporte à díade mãe-bebê, aponta para o apoio

que o pai pode dar à mãe, ajudando-a a sentir-se bem com seu corpo e “feliz em seu espírito” (p.129), além do apoio moral que pode dar a ela, sustentando sua autoridade, a lei e o ritmo que ela imprime na vida do bebê. De acordo com Winnicott, os ideais das crianças são formados basicamente pelo que elas veem ou entendem que veem quando olham para seu pai e a principal coisa que um pai pode fazer por um filho é manter a vivacidade que reveste sua personalidade, é manter-se vivo.

## 5.2. O pai presente

Em um contexto no qual o exercício da paternidade tem ocorrido de forma mais participativa, e o valor social conferido à figura paterna vem sofrendo modificações, agregando a noção de um pai que tem maior participação na vida familiar e afetiva, que partilha com a mulher tanto o âmbito público como o âmbito privado, a presença do pai no parto vem sendo cada vez mais requisitada e desejada. As demandas sociais passaram a apontar para o envolvimento do pai no cuidado e na criação dos filhos desde bebês e os próprios homens vêm desejando aumentar sua vinculação precoce com o bebê, reconhecendo a participação no parto como importante para o estabelecimento desse vínculo. Neste sentido, os pais têm expressado cada vez mais seu desejo de estarem presentes no parto não só pela pressão social a que estão sujeitos, mas também por quererem estar intimamente envolvidos no nascimento do filho que ajudaram a conceber. Parecem, assim, entender o parto como uma possibilidade de criarem um laço precoce com o bebê e elaborarem a transição para a paternidade (Matos, Magalhães, Féres-Carneiro & Machado, 2017a).

A participação do pai no parto é um fenômeno recente nas sociedades ocidentais (Raphael-Leff, 1993), uma vez que o nascimento esteve restrito às mulheres até meados do século XX (Piovesan, Sonogo & Sand, 2001). Os pais começaram a ser inseridos no processo de nascimento na década de 1960, em meio ao contexto de mudanças culturais decorrentes do movimento das mulheres, que facilitaram sua inclusão, marcando o início das transformações das relações de gênero (Jardim & Penna, 2012; Szejer & Stewart, 1997). Szejer e Stewart (1997) ressaltam, contudo, a invenção das técnicas de controle da dor como um fator importante na inserção paterna no nascimento, atentando para a dificuldade

masculina em suportar as dores do parto. Neste sentido, devido, sobretudo, ao advento da peridural, as mães que outrora acompanhavam o parto de suas filhas teriam sido substituídas pelos parceiros das mesmas, deslocando o nascimento da linhagem materna para o interior do casal (Salem, 1987/2007).

Para a mãe, a presença do pai como acompanhante na sala de parto geralmente propicia apoio emocional, oferece tranquilidade, confiança, segurança, conforto e incentivo. A presença do parceiro como acompanhante pode ajudar a parturiente a suportar a dor, resultando em menores números de intercorrências e consequentes intervenções médicas. A participação do pai no parto geralmente consiste em uma oportunidade para o casal compartilhar o nascimento como parte da vida conjugal, fortalecendo, dessa forma, a relação entre os cônjuges. Uma vez que a presença paterna no nascimento intensifica a relação de intimidade existente entre o casal, pode contribuir para uma maior aproximação entre ambos. Tal participação pode promover efeitos positivos no relacionamento familiar, influenciando, principalmente, na formação do vínculo pai-bebê. Para o pai, o parto é a primeira possibilidade de estabelecer trocas diádicas com seu filho. Na medida em que o parto é um momento crucial na transição para a parentalidade, o envolvimento do pai no processo parece favorecer a elaboração da paternidade, bem como o desenvolvimento do apego, facilitando o estabelecimento do relacionamento entre pai e bebê (Brandão, 2009; Jardim & Penna, 2012).

Muitas vezes os pais sentem-se pouco à vontade na sala de partos, questionando-se sobre qual o seu papel naquele processo ou até mesmo sentindo-se como se fossem intrusos (Oliveira & Silva, 2012; Szejer & Stewart, 1997). A ansiedade masculina envolve o sentimento de impotência perante a dor das companheiras, a imposição social de prover suporte emocional à mulher, e toda a cena de sangue do parto, que por vezes pode lhes gerar asco ou receio de desmaiar. A ansiedade inconsciente parece estar relacionada à exposição da cena primária, na medida em que o homem é, também no parto, observador de uma cena primitiva, da qual ele é fisicamente excluído, mas emocionalmente envolvido (Raphael-Leff, 1993).

Os homens/pais podem, por vezes, sentir-se culpados pelo sofrimento das parturientes, considerando-se responsáveis por tê-las colocado naquela situação (Raphael-Leff, 1993; Szejer & Stewart, 1997). A experiência do parto evidencia, como nenhum outro evento, a diferença entre os sexos, promovendo confronto com

fatos da vida que alguns homens acham intoleráveis. Desta forma, pode haver medo de ficar excluído diante desse universo feminino, além dos sentimentos de vergonha e de inutilidade por não conseguir compartilhar a dor e colaborar de forma mais direta no processo (Jardim & Penna, 2012; Raphael-Leff, 1993).

Muitos pais referem o momento da saída do bebê como o mais importante no processo de nascimento. A saída do bebê revela a felicidade pelo término do processo, sendo a concretização da vitória da vida sobre a morte. Outro momento marcante geralmente destacado pelos pais é o corte do cordão umbilical. O corte do cordão pelo pai simboliza a separação de mãe e bebê e a entrada de um terceiro desde o nascimento, constituindo-se como importante rito de passagem. O pai se torna responsável pela separação do corpo do filho do corpo da mãe, dando início à possibilidade do estabelecimento de outra díade até então inexistente (Jardim & Penna, 2012).

A experiência do parto pode encorajar os homens a desenvolverem uma paternidade mais participativa, se envolvendo mais nos cuidados iniciais com o bebê. Constitui-se em uma possibilidade de amadurecimento pessoal, na medida em que propicia reflexões sobre o valor da vida e da relação conjugal. De uma forma geral, os pais que participam do nascimento de seus filhos tendem a considerar esta experiência como positiva, propulsora de sentido para a paternidade e facilitadora do processo de transição para a parentalidade (Brandão, 2009; Matos et al., 2017; Mazzieri & Hoga, 2006).

Cada pai se envolve no parto de seu filho de maneira específica. Uns desejam participar de forma mais ativa, apoiando e incentivando suas parceiras e cortando o cordão umbilical, por exemplo. Outros preferem observar, sem saber direito como agir (Jardim & Penna, 2012). Alguns pais encontram seu lugar na sala de parto ao filmarem ou fotografarem o processo (Santo & Bonilha, 2000). Outros desejam, ainda, esperar do lado de fora da sala de partos (Brandão, 2009). O importante é que seja algo acordado entre o casal e que tudo transcorra da forma que lhes for mais confortável. O direito da parturiente a um acompanhante não deve se tornar uma obrigação do pai em acompanhá-la (Szejer & Stewart, 1997). A participação paterna deve ser negociada entre o casal, e os profissionais precisam estar sensíveis à escolha dos cônjuges. O ideal é que a presença do pai no parto seja fruto de uma decisão tomada em conjunto, independentemente das expectativas familiares e sociais (Mazzieri & Hoga, 2006). Quando um pai decide não estar

presente no momento do parto, seu desejo de se preservar deve ser respeitado, mas é importante que o casal discuta sobre essa possibilidade, de modo que tal decisão seja consciente para ambos, não se constituindo como uma surpresa para a mulher no momento em que está parindo. Se o pai é forçado a estar na sala de parto, mas tal participação se constitui em fonte de tremenda ansiedade para ele, podem ocorrer desmaios ou algum outro tipo de sabotagem inconsciente, como uma defesa perante os aspectos primitivos despertados durante o parto (Raphael-Leff, 1993).

Lebovici (1987), embasado em pesquisas do campo, destaca que o pai exerce um papel precoce e bastante específico. O autor ressalta que o pai não ocupa o lugar de estranho para o bebê - apesar do fato de que posteriormente possa representar o perigo de perda do amor materno - mas que, ao contrário, o bebê muitas vezes prefere se refugiar nos braços do pai quando um estranho chega. De acordo com o autor existem duas maneiras de abordar a relação pai-bebê: através da interação direta entre os dois, ou por meio da influência indireta que o pai tem sobre o bebê através da relação conjugal. Para que bebê e pai estabeleçam trocas diretas é, contudo, necessário que a mãe permita ao pai ser pai e ao bebê entrar em relação com esse pai, por meio da palavra materna a respeito do pai. A interação direta entre o pai e o bebê, segundo Lebovici, compartilha certos pontos comuns com a relação mãe-bebê, na medida em que consiste em um “processo de trocas caracterizado pela reciprocidade e por processos de mútua regulação” (p.171). Porém, existem alguns pontos específicos da interação pai-bebê, como o caráter mais físico e estimulante, geralmente não encontrado nas interações mãe-bebê.

O bebê percebe o pai como mais agressivo, mais ativo, mais distante e mais brusco do que a mãe, o que possivelmente favorece sua independência e agressividade. Neste sentido, os pais parecem ter grande influência sobre a capacidade do bebê e da criança pequena de entrarem em contato com o mundo externo. Os bebês que têm contato contínuo com o pai parecem ter, portanto, maiores possibilidades de trocas com estranhos e mais facilidade em dominar situações desconhecidas. O contato do pai com o bebê imprime apoio menos próximo, mas maior ritmicidade. Sua voz grave parece ter facilidade em acalmar os bebês e a especificidade de seu comportamento sugere maior facilidade para regular os ritmos motores do bebê, e “introduzir valores estimulantes de agressão” (Lebovici, 1987, p.270).

Lebovici (1987) aponta para a diferença percebida pelo bebê entre o pai e a mãe desde as primeiras interações. Segundo o autor, o bebê vive com o pai uma experiência mais excitante, outro tipo de ritmo, como uma “dança mais alerta” (p.172). O pai parece demandar do bebê reações mais intensas e mais lúdicas, e consegue suscitá-las. Outro aspecto que caracteriza a interação pai-bebê é a tendência a um maior distanciamento físico paterno do que materno. Os pais em geral seguram o bebê na altura de sua estatura, enquanto as mães os aproximam do seio ou do rosto. Dessa forma, os pais aparentam uma inclinação a pegar seu bebê de forma que seu rosto e seus olhos possam se voltar para o mundo, diferindo do colo materno. O autor assinala que o bebê parece ocasionar para seu pai uma intensa liberação de energia psíquica, o que possibilita um encontro em que o corpo do bebê parece se ajustar ao corpo do pai, ficando a mulher um pouco negligenciada ao longo do processo. É baseando-se nos ritmos de seus pais a partir dessas vivências corporais que o bebê consegue distingui-los um do outro. Ocorre que a entrada do pai na vida do bebê depende bastante da atitude que a mãe toma em relação ao pai, e as mães que não estão seguras em sua função parecem ter maior dificuldade em abrir espaço para a entrada paterna (Winnicott, 1957/1975).

### **5.3. Os ambientes de amparo online**

A estrutura socio-histórico-cultural é importante no processo de construção da parentalidade, uma vez que permeia os comportamentos familiares, influenciando no modo de ser pai e mãe. Do mesmo modo, são importantes os efeitos dos microsistemas no qual o indivíduo se encontra, onde estão incluídos amigos, vizinhos e colegas de trabalho. Outro aspecto relevante na formação de ideias e comportamentos individuais, conforme apontado anteriormente, é o processo transgeracional familiar. Todo indivíduo já está inserido em uma narrativa antes mesmo de seu nascimento, devendo se adaptar e corresponder à história na qual a família o insere (Staudt & Wagner, 2008). Esse três aspectos são fundamentais no processo de construção da parentalidade.

A chegada de um filho exige uma reorganização familiar e o desenvolvimento de novas estratégias para receber o novo membro e administrar as novas necessidades do sistema (Bradt & Jack, 1995; Medeiros & Santos, 2009). Os suportes sociais são fundamentais para a manutenção da saúde mental dos

indivíduos, e redes sociais saudáveis são muito importantes em períodos de transição (Sluzki, 1997), principalmente nos decorrentes do nascimento de filhos. As pessoas que compõem a rede de apoio de uma família mudam de acordo com o contexto histórico-cultural, com o desenvolvimento dos indivíduos e do grupo familiar. Vários são os sujeitos que podem constituir a rede de apoio da família: os próprios membros da família entre si; membros da família extensa; amigos; vizinhos; profissionais; e, ultimamente, membros das redes virtuais. A rede de apoio pode oferecer suporte emocional, apoio material ou financeiro, auxílio nas tarefas domésticas, cuidados com outros filhos, e informações práticas que os pais possam necessitar (Dessen & Braz, 2000). Além de aparentemente não restarem dúvidas sobre a importância tanto da mãe como do pai nos processos de subjetivação do bebê, é importante ressaltar que é o casal parental que necessita suporte social – e não só a mãe – para vivenciar as transformações subjetivas implicadas no nascimento de um filho.

O ideal da família contemporânea, na qual pai e mãe trabalham, parece impelir o homem a participar ativamente da educação dos filhos também devido à escassez de rede de apoio nos grandes centros urbanos. Neste contexto, o casal igualitário, quando tem filhos, vê-se diante de um dilema: ao mesmo tempo em que os cônjuges carregam consigo a marca dos papéis tradicionalmente desempenhados por pai e mãe, necessitam ajustar tais papéis ao modelo conjugal igualitário, o que acarreta mudanças, desejadas ou não, na prática da paternidade (Maridaki-Kassotaki, 2000; Prado & Abraão, 2014).

Durante a gravidez e o pós-parto é comum que as mulheres experimentem sensação de solidão, marcada por ambivalências e ansiedade. As ferramentas online têm servido como suporte para as mulheres que vivenciam essa etapa do ciclo vital desde a década de 1990. Blogs de outras mães, sites sobre o tema e, mais recentemente, as redes sociais e os aplicativos, têm sido ferramentas importantes para as mães que buscam informação e suporte, principalmente para as primigestas. As mães são ativas na produção dos conteúdos online, contribuindo para a criação de um grande banco de dados de experiências sobre maternidade (Lupton, 2016).

Com a paternidade é bastante diferente. Os blogs sobre o tema estão começando a se tornar mais frequentes, mas ainda não se tornaram tão expressivos a ponto de encontrarmos pesquisas acadêmicas sobre as repercussões dessa ferramenta na experiência daqueles que se tornam pais. Podemos pensar que os

blogs sobre maternidade são consequência de uma transformação que as mulheres têm experimentado há algumas décadas na forma de ser mãe e que as transformações na paternidade, por serem mais recentes, ainda não encontraram tamanha expressividade no mundo virtual.

Campos, Féres-Carneiro e Magalhães (2015) apontam para a rede virtual como uma “nova espécie de comunitarismo” (p.411), que agrega indivíduos por centros de interesse e tem potência para promover trocas afetivas entre as pessoas, apesar de prescindir do encontro face a face. Porém, de acordo com Braga (2013), os ambientes online estão sempre subordinados a ações locais, ou seja, as interações que ocorrem nesses espaços geralmente não se restringem ao meio digital. Segundo a autora, tais ambientes raramente substituem os demais meios de interação, não excluindo os contatos face a face, que muitas vezes são combinados a partir de contatos realizados no mundo virtual ou vice-versa. O ambiente virtual é, assim, um dos possíveis locais de encontro para interação, uma vez que os internautas que buscam interação online geralmente se encontram em outros ambientes, buscando também outras formas de comunicação. Nesse sentido, a autora ressalta que as interações online se constituem como um dos meios pelos quais as relações são transformadas e complementadas.

A comunicação online geralmente se dá de forma bastante coloquial, estando mais próxima da forma como falamos do que da forma como escrevemos, apesar de se dar majoritariamente por meio da escrita. O conteúdo muitas vezes envolve temas pessoais, e até mesmo revelam a intimidade dos usuários, sendo a internet descrita por alguns pesquisadores como um meio que altera as noções de público e privado. Para Braga (2013), essa distinção parece estar bem delimitada, na medida em que os internautas veiculam determinados conteúdos em redes sociais e blogs, tornando-os públicos, enquanto outros são compartilhados via e-mail ou mensagens privadas, mantendo-os no âmbito privado. Nesse sentido, a autora acredita que os limites entre o que é de foro íntimo e o que pode ser publicizado se mantêm. Campos, Féres-Carneiro e Magalhães (2015) também atentam para o fato de que o mundo virtual é constituído por duas facetas: uma pública e outra privada. Há espaços virtuais que só podem ser acessados por meio de senhas e nos quais as visualizações dependem das configurações de privacidade, e outros que são disponibilizados para qualquer usuário da rede.

Sobre as noções de público e privado estarem se modificando na contemporaneidade, é preciso que façamos uma breve retrospectiva histórica. Os processos de industrialização e urbanização sedimentaram a dicotomia público versus privado, alinhando as noções de intimidade e privacidade, o que restringia as experiências íntimas ao interior da casa da família. Nesse sentido, a intimidade consistia naquilo que não era compartilhado publicamente, estando por um longo tempo vinculada à privacidade. Contudo, essa clara divisão nem sempre esteve estabelecida. Até o século XIX, no Brasil, as famílias não eram nuclearizadas e, portanto, as casas eram frequentadas por muitas pessoas, sendo espaços coletivos. A própria organização dos espaços das casas não era pautada pelas noções de intimidade e privacidade. Família e trabalho estavam vinculados até então, portanto a distinção público versus privado não era tão clara. Com os processos de urbanização, o homem foi sendo deslocado para o espaço público e as famílias foram ficando cada vez mais nuclearizadas e menores, uma vez que o número de filhos diminuiu. Ao mesmo tempo, à família foi atribuída uma nova função: proteger seus membros afetivamente. Assim foi-se vinculando privacidade à intimidade em oposição às interações distanciadas e frias do mundo público. Com a família burguesa nuclear, os papéis de gênero ficaram bem demarcados e dicotomizados, assim como as noções de público e privado. À mulher coube a casa, ao homem coube a rua. A maternidade esteve, portanto, atrelada à noção de intimidade (Costa, 2004). Os movimentos feministas ocorridos no século XX questionaram e alteraram a dicotomia homem-público versus mulher-privado, resultando no ideal de casal igualitário e na inserção da mulher no espaço público, com o conseqüente retorno do homem ao privado. O relacionamento puro, proposto por Giddens (1993), pautado no desejo e na escolha de ambos os membros do casal, conferiu maior importância à intimidade, que passou a ser a base da relação conjugal.

Com o advento da internet e das redes sociais virtuais, a intimidade vem sendo convocada a se mostrar publicamente, distanciando as noções de intimidade e privacidade e modificando a própria noção de intimidade. A intimidade passa a não mais estar relacionada a espaços específicos – privados ou públicos -, mas, de acordo com Tisseron (2005), à escolha individual, passando a se dar onde e quando o sujeito deseja. Nesse sentido, a alteração mais evidente na contemporaneidade parece se referir à noção de intimidade e não aos conceitos de público e privado.

Além dos processos conscientes, marcadamente referidos à distinção entre público e privado, a noção de intimidade também possui outra faceta: aquilo que o sujeito ignora de si mesmo. É disso que Tisseron (2003; 2011) nos fala quando se apropria do termo extimidade - já utilizado por Lacan com outra conceituação - para designar o processo pelo qual fragmentos íntimos do eu são expostos ao outro a fim de obter validação. A extimidade seria, então, a expressão de um núcleo íntimo do eu, formado pela apropriação do eu pelos olhos do outro, sendo responsável pela possibilidade de uma intimidade mais rica (Tisseron, 2003).

O desejo de extimidade seria, nesse sentido, o desejo de se encontrar através do outro, que nada tem a ver com desejo de aprovação social ou com o exibicionismo, ressalta o autor. É um desejo que não é consciente e está referido a três aspectos de constituição do self: integração, coerência e adaptação às normas sociais (Tisseron, 2011). Esse desejo de extimidade sempre existiu, o que estaríamos vivendo de novo seria sua expressão em um território público a partir das possibilidades que a internet inaugurou. A possibilidade de interagir com outras pessoas permanecendo no anonimato faz com que muitos consigam compartilhar sua intimidade sem maiores receios de reprovação; os pseudônimos são como máscaras, que permitem a expressão da autenticidade e a experimentação de múltiplas identidades. A especificidade do desejo de extimidade na internet é que ele pode se endereçar a uma multidão ao invés de a uma só pessoa, como se dá nos encontros presenciais. Com a rede e os processos de globalização, os espelhos se multiplicaram.

Contudo, Tisseron (2003) sugere uma diferenciação das experiências a partir das palavras intimidade e íntimo. Segundo o autor, é consenso que o compartilhamento da intimidade vem ocorrendo em territórios públicos, notadamente nas redes sociais virtuais. Contudo, isso não faz com que nos tornemos íntimos dos demais atores que frequentam essas redes. Partilhamos parte de nossa intimidade, mas não o que nos é íntimo, porque isso demanda uma proximidade psíquica que a internet não é capaz de proporcionar.

Campos, Féres-Carneiro e Magalhães (2015) propõem outra conceituação para o termo extimidade, cunhando o conceito extimidade virtual para denominar essa nova forma de construção da intimidade própria do mundo virtual, referida a aspectos conscientes. Diferentemente de Tisseron, que afirma que o íntimo não pode ser compartilhado online, as autoras propõem que a extimidade virtual

produziria a possibilidade do estabelecimento de relações íntimas a longa distância, possibilitando a vivência de trocas afetivas sem as tensões e os conflitos inerentes à intimidade. A vivência da extimidade virtual seria caracterizada por uma postura distante e aberta por parte dos usuários da rede, o que é menos comprometedor e implica em menos riscos do que o estabelecimento da intimidade, uma vez que, diante de qualquer impasse, é possível se desconectar. Assim, estabelece-se o grande paradoxo da atualidade, apontam-nos as autoras: estamos cada vez mais perto de quem está longe e cada vez mais distantes de quem está perto.

Arteiro (2017) chama a atenção para esse compartilhamento da intimidade nas redes virtuais apontando para o novo formato que os diários adquirem na contemporaneidade, passando da esfera privada à pública. Nos blogs, ferramentas bastante significativas nesta transição para a construção pública dos diários, são compartilhadas toda espécie de experiências subjetivas. Segundo a autora, a escrita dessas vivências possibilita uma “costura de si” (p. 142), que contribuiria para a organização das experiências subjetivas e, portanto, da própria identidade do escritor. Neste aspecto o ato de escrever em blogs se aproximaria da escrita em diários privados. Contudo, no segundo a escrita é voltada única e exclusivamente para si, enquanto nos primeiros a escrita é endereçada ao outro. Nesse sentido, a autora propõe que o que marca a passagem da escrita em diários privados para a escrita em diários públicos é a necessidade de ser visto pelo outro e de se comunicar. Tal mudança teria se dado devido à busca por pares que sirvam como referenciais identificatórios e que possam fazer um espelhamento que legitime a experiência individual. Nesse sentido, a escrita em blogs proporcionaria sentimento de pertencimento e legitimação social acerca de determinado assunto.

Há algumas décadas era comum que a mulher encontrasse apoio de outras mulheres da família extensa durante a gestação e o puerpério. Atualmente, devido ao forte processo de nuclearização das famílias e ao fato de frequentemente as demais mulheres da rede familiar trabalharem fora, é comum que mulheres dos grandes centros urbanos atravessem as experiências de gestação e puerpério sem o apoio de outras mulheres. Para muitas, o lugar de transmissão familiar de saberes está vazio, o que torna a experiência de transição para a maternidade ainda mais solitária (Arteiro & Passos, 2016).

As mulheres foram se distanciando da família como lugar de transmissão de saberes, muito provavelmente também com o intuito de se afirmarem na vida

pública, marcando uma diferença entre elas e as mulheres das gerações anteriores. Neste sentido, Arteiro (2017) aponta para a reinvenção da maternidade em um cenário no qual as mulheres lutam contra os valores patriarcais tradicionais. Fazer parte de tais redes de blogs parece proporcionar acolhimento e legitimação da experiência pessoal nesse cenário de reinvenção do que é ser mãe. Dessa forma, a internet é um espaço renovado para o exercício de uma prática tradicional feminina que é o compartilhamento de experiências acerca da maternidade. Os blogs entrariam neste lugar tradicionalmente ocupado pela família e pela comunidade no qual se constrói saberes a partir da troca de experiências (Arteiro, 2017).

Como apontado por Giddens (2012), a tradição perde espaço na pós-modernidade, sendo os percursos subjetivos pautados por escolhas individuais. Nesse sentido, a ancoragem social proporcionada pela tradição vai dando lugar à angústia pela perda dos referenciais identificatórios. Podemos supor, então, que essa busca por referenciais tenha passado a se dar de forma mais horizontalizada, uma vez que a tradição e as gerações anteriores tendem, de modo geral, a ser desvalorizadas. Neste sentido, podemos pensar que a troca com outras mulheres que estão se tornando mães no mesmo contexto cultural garantiria, na atualidade, uma alternativa de sustentação à transmissão de saberes verticalizada, proveniente de gerações anteriores. Como nos aponta Castells (2010/2018), com a contestação do patriarcalismo, as novas gerações vêm precisando buscar novas formas de referências a partir de trocas horizontais, uma vez que a sequência de transmissão dos códigos culturais intergeracionais vem sendo perturbada.

Em estudo com 4 grupos focais de mulheres grávidas ou no pós-parto em Sidney, Lupton (2016) concluiu que o compartilhamento de informações online é um suporte para essas mulheres, que possibilita que busquem dados a qualquer momento que necessitem. Arteiro e Passos (2016) também apontam para os blogs como redes de apoio contemporâneas que têm dado sustentação para muitas mulheres atravessarem a transição para a maternidade na contemporaneidade. As autoras acreditam que os blogs sobre maternidade não constituam somente um ambiente de interação, mas também de criação. Além de favorecer o pertencimento ao “mundo materno”, a escrita em blogs possibilita trabalho psíquico acerca da construção e (re)criação da maternidade.

Em contrapartida, Lupton (2016) assinala que, como qualquer pessoa pode gerar dados online, as informações tornam-se pouco precisas e, muitas vezes,

erradas ou confusas. Sendo assim, cada um precisa julgar em qual informação pode confiar ou não. Nesse sentido, ressaltamos a compreensão de que os blogs se tornam ferramentas potentes de troca de experiências e amparo emocional, e não de acesso a informações.

Um fenômeno proveniente do compartilhamento de experiências em blogs é a transformação de blogueiras em celebridades que passam a ditar modos ideais de ser mãe. São as celebridades instantâneas de que nos fala Bauman (2001), que servem como autoridades momentâneas que tendem a se anular mutuamente e fazem com que os indivíduos retornem do espaço público com a promessa de individualização alimentada. Arteiro (2017) afirma que esse aspecto põe em risco a experiência de maternagem espontânea de outras mulheres. A busca por referenciais na atualidade é notória, e, dependendo da forma como as mensagens são incorporadas pelo receptor, podem ganhar um estatuto de recomendação que pode acabar anulando a espontaneidade de cada mãe, deixando-as perdidas diante de tantas informações contraditórias.

Com a entrada da mulher no mercado de trabalho, os modos de ser mãe foram sendo alterados, abrindo espaço para diferentes vivências da maternidade. Conseqüentemente, a paternidade também começou a sofrer processos de mudança, uma vez que a saída das mulheres de casa tem resultado em uma convocação de participação masculina e a problematização dos ideais patriarcais tem permitido aos homens cada vez mais entrarem em contato com seus sentimentos (Matos, Magalhães, Féres-Careiro & Machado, 2017b).

A transição para a parentalidade é um momento sensível do ciclo vital tanto para as mulheres como para os homens. Ambos os pais precisam de apoio para poder ir se ajustando às necessidades do filho e ir se deixando parentalizar por ele (Solis-Ponton, 2004). Com as mudanças sociais vivenciadas nas últimas décadas, a prática da parentalidade (Houzel, 2004) vem sofrendo transformações. Ao mesmo tempo em há mudanças na experiência da parentalidade, devido ao avanço do individualismo e às transformações tecnológicas a rede de apoio na transição para a parentalidade também vem sofrendo modificações.

## 6. Sobre o método de investigação

### 6.1. A internet como lócus de pesquisa

Nas últimas décadas temos vivido grandes transformações no que tange a comunicação interpessoal, devido à chamada Revolução Digital. Cada vez mais pessoas e instituições estão inseridas na rede, o que acarreta em novas formas de se relacionar e de se comunicar (Nicolaci-da-Costa, Romão-Dias & Di Luccio, 2009). A Revolução da Internet tem produzido modificações nos processos de subjetivação, sendo a fluidez das constantes transformações marca da organização psicológica contemporânea. Nesse sentido, a internet torna-se fonte de compreensão das relações intersubjetivas e dos modos de subjetivação estabelecidos na atualidade (Stengel & Soares, 2018).

Benevenuto, Almeida e Silva (2011) afirmam que mais de dois terços da população online global visita blogs ou participa de redes sociais. Essas ferramentas possibilitam o registro em larga escala de aspectos da vida humana, permitindo que pessoas interajam apesar da distância física e expressem seus pensamentos e sentimentos de modo a serem “ouvidas” pela comunidade local ou até mesmo global. Nesse sentido, entende-se que quando as pessoas publicam na internet, elas o fazem com o intuito de que outros usuários da rede possam acessar esse conteúdo em qualquer lugar do mundo. Os autores ressaltam que os blogs e as redes sociais vêm funcionando como um novo meio de comunicação, que acarreta mudanças em diversos aspectos de nossas vidas.

O uso da internet como ambiente de interação social é, contudo, bastante recente. Em um primeiro momento não era possibilitado aos usuários da rede que publicassem conteúdos, uma vez que era necessário ter conhecimentos muito específicos para fazê-lo. Foi o surgimento da Web 2.0 que revolucionou o uso da internet, permitindo que os usuários passassem de espectadores a participantes ativos na construção do mundo virtual. Os blogs foram a primeira ferramenta utilizada de forma ampla pelos internautas que não tinham conhecimentos específicos sobre computação. Inicialmente foram utilizados como diários nos quais os autores compartilhavam histórias de suas vidas pessoais, sentimentos e

projetos de vida. Desde então o tema da gestação, parto e puerpério já se constituía como um dos conteúdos veiculados nesses diários online (Matos-Silva, 2013).

Já no ano de 2006 o número de blogs dobrava a cada seis meses e meio, o que, somado ao crescente número de internautas, chama a atenção para a internet como um inegável espaço de socialização. A explosão do uso de blogs aconteceu a partir de 1999, quando começaram a surgir diversas plataformas que possibilitaram sua construção de forma rápida e fácil (Montardo & Passerino, 2006).

Montardo e Passerino (2006) apontam para os círculos de blogueiros denominados *webrings*, que funcionam como uma comunidade virtual, formada por pessoas que comentam nos posts dos blogs, discutem sobre determinado assunto e acabam servindo de suporte umas para as outras. Os blogs acabam por constituir, portanto, espaços de organização social e constituição do *self*, tornando-se um rico meio de comunicação e interação humana. Consequentemente, tornam-se espaços privilegiados para a pesquisa nas áreas humanas, o que demanda concepção metodológica adequada, que possibilite a análise dos conteúdos sem excluir a totalidade do fenômeno de socialização que ocorre online.

Essas novas formas de comunicação e relacionamento humanos evocam constantes reflexões acerca das práticas metodológicas que melhor se adéquam a determinados objetivos. De acordo com Nicolaci-da-Costa, Romão-Dias e Di Luccio (2009), “fazer ciência é tentar conhecer aquilo que não se conhece e (...) esse ‘conhecer aquilo que não se conhece’ não raro passa pelo como tentamos conhecê-lo” (p.37). Segundo os autores, para cada objetivo deve-se lançar mão de métodos que apresentem sensibilidade compatível. Dessa forma, se a internet é um novo ambiente no qual as pessoas expressam desejos e descontentamentos, relatam experiências vividas e formam redes de suporte social, é importante que nos utilizemos dela quando tal uso se mostrar adequado para nossos objetivos de pesquisa.

A difusão da internet vem suscitando no meio científico o desenvolvimento de novas formas de coleta de dados, tornando frequentes no país pesquisas que recrutam participantes online, por exemplo (Wachelke et al., 2014). Porém, a seleção de participantes online se dá de forma diferente da seleção de participantes em pesquisas presenciais. De acordo com Nicolaci-da-Costa et al. (2009), as características pessoais que geralmente identificam o grupo de participantes em entrevistas face a face, tais como idade, classe social e nível educacional, tendem a

perder importância quando a pesquisa é feita online. Isso se dá, pois a própria escolha dos participantes por determinadas ferramentas online já tende a definir o perfil dos sujeitos de modo mais relevante e condizente com uma pesquisa realizada na internet.

Stengel e Soares (2018) ressaltam que a internet pode ser objeto de pesquisa, local de pesquisa ou instrumento de pesquisa, sendo um campo rico para a realização de investigações empíricas por agregar grande quantidade de informações. Em meio a tantas informações, as autoras colocam a questão: como selecionar os dados? E assinalam duas possibilidades: recortes intencionais a partir de objetivos pré-definidos que norteiam a atuação do pesquisador; e saturação teórica, que define o limite da coleta de dados na medida em que as informações vão se repetindo e deixam de trazer novos dados.

Matos-Silva (2013) aponta para as biografias como possibilidades de se conhecer a realidade social de cada cultura, sendo possível, por meio do discurso de cada sujeito, conhecer o universo do qual faz parte. A autora resalta que essa é uma forma reconhecida de produção de conhecimento desde o início do século XX e que, nos dias atuais, a internet vem sendo um meio muito expressivo para reunir informações sobre a biografia de determinada pessoa, por meio das fotos, *posts* e demais documentos a seu respeito que muitas vezes são postados pela própria pessoa ao longo dos anos. A internet hoje se tornou, então, uma excelente ferramenta para pesquisar biografias e, por consequência, elementos da cultura.

Braga (2013) discorre sobre a netnografia - neologismo cunhado em 1995 por um grupo de pesquisadores americanos para denominar o uso do método etnográfico no espaço online -, problematizando a possibilidade de uma observação não participante do pesquisador na pesquisa que se utiliza deste método. Segundo a autora, a princípio poderia se supor que o pesquisador se torna invisível nesse meio, já que pode ver sem ser visto, não interferindo na dinâmica daquilo que observa. Contudo, resalta que observar sem participar também seria uma forma de participação, sendo esta participação o que viabilizará a apreensão de aspectos inerentes à cultura e aos significados compartilhados pelos membros de determinado grupo. Nesse sentido, a autora aponta para uma participação que, embora extremamente peculiar, é fundamental para a pesquisa etnográfica. É uma participação peculiar, sobretudo, porque as informações acerca da presença do

pesquisador/observador não estão disponíveis para os sujeitos participantes da pesquisa.

Tal questão nos remete à ética em pesquisas online, na medida em que nas pesquisas presenciais com seres humanos não só a identidade do pesquisador precisa ser revelada como a anuência dos participantes em relação à pesquisa precisa ser firmada por escrito por meio dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. No meio online esses procedimentos podem não ser necessários, na medida em que existem ambientes online que são públicos. Elm (2009 *apud* Matos-Silva, 2013) separa os ambientes online nos seguintes níveis: público; semipúblico; e privado. Os ambientes públicos seriam blogs e portais de notícias; os semipúblicos seriam aqueles que demandam um cadastro por parte de quem quer acessar o conteúdo, como as redes sociais; e os privados seriam aqueles que demandam autorização de um moderador para a participação, como é o caso dos grupos e comunidades nas redes sociais. Quando a pesquisa é feita em um ambiente privado, a autorização é necessária, e o consentimento deve ser obtido através da própria internet. Em ambientes públicos ou semipúblicos, contudo, a autorização não se faz necessária, uma vez que os dados estão disponíveis para acesso por qualquer pessoa, sendo essas informações de domínio público (Matos-Silva, 2013).

Apesar de os materiais postados publicamente não necessitarem da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Stengel e Soares (2018) apontam para as implicações éticas do uso desses materiais sem o conhecimento e consentimento dos autores. As autoras ressaltam o fato de que, ao postarem qualquer conteúdo online, os usuários provavelmente não têm ideia de que tal conteúdo pode ser utilizado para fins acadêmicos, uma vez que geralmente publicam com outros fins, tais como autopromoção, socialização, divulgação de algum trabalho, entre outros. Nesse sentido, Stengel e Soares (2018) suscitam o questionamento acerca dos cuidados tomados pelos pesquisadores para não invadir a privacidade alheia. As autoras concluem que é a postura do pesquisador diante dos sujeitos da pesquisa que determinará se a investigação foi conduzida de forma ética ou não, pois mesmo que haja submissão a um comitê de ética, a forma como o pesquisador conduzirá a investigação será determinante no modo como os sujeitos se sentirão, invadidos ou resguardados.

## 6.2. A abordagem metodológica

No Brasil, muitos pais e mães têm tornado públicas suas experiências de parto em blogs pessoais acerca do tema e seus relatos parecem vir servindo como apoio emocional para aqueles que estão prestes a se tornar pais e mães. Além disso, a internet vem se constituindo como uma importante ferramenta de mobilização da sociedade civil, que atenta para a necessidade de transformação na atenção ao parto no Brasil. Dessa forma, com o intuito de compreender a experiência contemporânea de parto de pais e mães no Brasil, foi realizada uma pesquisa qualitativa, por meio de um estudo de caso coletivo (Stake, 2016), com coleta de dados na internet, em blogs pessoais. Foram selecionados 30 relatos de parto, sendo 15 escritos por mulheres e 15 escritos por homens. Os relatos foram selecionados de acordo com alguns critérios, como o fato de estarem publicados em blogs pessoais, elaborados por pais e mães que desejaram compartilhar online suas experiências referentes à gestação, ao parto e à parentalidade. Não necessariamente o autor do relato foi o dono do blog, porém todos os relatos estavam postados em blogs pessoais no momento em que os dados foram selecionados. Isso se deu principalmente pelo fato de os blogs sobre paternidade ainda serem escassos no Brasil, sendo os relatos paternos encontrados, em sua maioria, em blogs sobre maternidade. Outro critério estabelecido foi que os relatos não fossem meramente descritivos, mas que transmitissem a percepção e os sentimentos singulares de cada sujeito no momento do parto. Foram selecionados relatos de parto natural, normal e cesárea, com o intuito de potencializar a aprendizagem sobre o caso. Porém, encontramos dificuldades de achar relatos paternos de cesarianas e em hospitais públicos; constatamos que, à época da seleção, a maioria dos relatos paternos compartilhados online referia-se a partos naturais, ou domiciliares ou em hospitais privados. Foram excluídos partos gemelares e nascimentos de crianças com qualquer tipo de síndrome para que as especificidades não alargassem demais as experiências analisadas. O objetivo desta seleção foi assegurar a variedade sem, contudo, enfatizar as particularidades. Todos os partos ocorreram no Brasil e todos os participantes são brasileiros, oriundos de diferentes localidades do país. Por conta da especificidade da pesquisa em blogs, não foi possível identificar o local de residência de todos os participantes, tampouco sua idade ou classe social. Porém, a maioria dos relatos selecionados referia-se a partos em hospitais privados ou

domiciliares realizados predominantemente em grandes capitais, o que indica a possibilidade de os pais e mães que os escreveram serem oriundos, preponderantemente, das camadas médias. Os relatos foram selecionados no período compreendido entre julho de 2016 e março de 2017 e os buscadores utilizados foram “relato de parto pelo pai”; “relato de parto”; “blog paternidade relato de parto”; “blog maternidade”. Foram selecionados somente relatos postados depois de 2010 e publicados em blogs que tivessem o intuito de compartilhar experiências, sendo excluídos blogs comerciais, por exemplo. Cabe ressaltar que ao final da pesquisa alguns desses blogs já haviam saído do ar ou se transformado em blogs com fins comerciais.

#### Participantes do sexo masculino

<b>Nome</b>	<b>Tipo de parto</b>	<b>Link do relato de parto</b>
Fernando	<i>Parto natural hospitalar</i>	<a href="http://tiagoegabi.com.br/visao-de-um-pai-parto-normal-ou-cesarea/">http://tiagoegabi.com.br/visao-de-um-pai-parto-normal-ou-cesarea/</a>
Gustavo	<i>Parto natural domiciliar</i>	<a href="http://paizinhovirgula.com/parto-amor-e-sucrilhos-um-relato-de-pai/">http://paizinhovirgula.com/parto-amor-e-sucrilhos-um-relato-de-pai/</a>
Vinicius	<i>Parto natural domiciliar</i>	<a href="https://blogueirasdesling.wordpress.com/2014/03/24/relato-de-parto-domiciliar-de-mariles-escrito-pelo-pai-vinicios/">https://blogueirasdesling.wordpress.com/2014/03/24/relato-de-parto-domiciliar-de-mariles-escrito-pelo-pai-vinicios/</a>
Marco Antonio	<i>Parto natural hospitalar</i>	<a href="http://fatiama.blogspot.com.br/2010/11/relato-de-parto-natural-de-euclides.html">http://fatiama.blogspot.com.br/2010/11/relato-de-parto-natural-de-euclides.html</a>
Diego	<i>Parto natural</i>	<a href="http://www.projetodemaee.com.br/2014/10/31/parto-pai-empoderado/">http://www.projetodemaee.com.br/2014/10/31/parto-pai-empoderado/</a>

Cristiano	<i>Parto natural</i> <i>hospitalar</i>	<a href="http://caradema.com.br/relato-de-parto-da-beatriz">http://caradema.com.br/relato-de-parto-da-beatriz</a>
Michel	<i>Parto natural</i> <i>hospitalar</i>	<a href="http://relatosdeparto.blogspot.com.br/">http://relatosdeparto.blogspot.com.br/</a>
Rafael	<i>Parto natural</i> <i>hospitalar</i>	<a href="http://gravidafazendodiario.blogspot.com.br/2011/04/relato-do-pai-vba3c.html">http://gravidafazendodiario.blogspot.com.br/2011/04/relato-do-pai-vba3c.html</a>
Silvio	<i>Cesariana</i>	<a href="http://www.maezissima.com.br/familia/quando-nasce-um-pai/">http://www.maezissima.com.br/familia/quando-nasce-um-pai/</a>
Guilherme	<i>Parto natural</i> <i>domiciliar</i>	<a href="https://liasfoggia.wordpress.com/humanize-se/relato-de-parto-nossa-aurora-forca-e-delicadeza-pelo-pai-guilherme-bertissolo/">https://liasfoggia.wordpress.com/humanize-se/relato-de-parto-nossa-aurora-forca-e-delicadeza-pelo-pai-guilherme-bertissolo/</a>
Lucas	<i>Parto natural</i> <i>domiciliar</i>	<a href="http://blogtesteprova.blogspot.com.br/2013/10/parto-domiciliar-humanizado-o-relato-de.html">http://blogtesteprova.blogspot.com.br/2013/10/parto-domiciliar-humanizado-o-relato-de.html</a>
Pablo	<i>Parto natural</i> <i>domiciliar</i>	<a href="http://www.sentidomaterno.com/2016/04/relato-de-parto-domiciliar-inesperado.html">http://www.sentidomaterno.com/2016/04/relato-de-parto-domiciliar-inesperado.html</a>
Thiago	<i>Parto natural</i> <i>domiciliar</i>	<a href="http://paizinhovirgula.com/de-quando-dante-nasceu-o-parto-domiciliar-visto-pelo-pai-2/">http://paizinhovirgula.com/de-quando-dante-nasceu-o-parto-domiciliar-visto-pelo-pai-2/</a>
Raoni	<i>Parto natural</i> <i>domiciliar</i>	<a href="https://xumbreguinhos.wordpress.com/2014/10/20/relato-de-parto-pelo-pai-parte-ii-final-ou-ele-nasceu-e-eu-vi-tudo/">https://xumbreguinhos.wordpress.com/2014/10/20/relato-de-parto-pelo-pai-parte-ii-final-ou-ele-nasceu-e-eu-vi-tudo/</a>
Leandro	<i>Parto natural</i> <i>domiciliar</i>	<a href="http://aprendendoasermam.com.br/saude-e-bem-estar/relato-de-um-homem-sobre-o-parto-natural/">http://aprendendoasermam.com.br/saude-e-bem-estar/relato-de-um-homem-sobre-o-parto-natural/</a>

Participantes do sexo feminino

<b>Nome</b>	<b>Tipo de parto</b>	<b>Link do relato de parto</b>
Gabriela C.	<i>Parto natural domiciliar</i>	<a href="http://tiagoegabi.com.br/parto-domiciliar-planejado-meu-relato/">http://tiagoegabi.com.br/parto-domiciliar-planejado-meu-relato/</a>
Juliana	<i>Parto natural hospitalar</i>	<a href="http://www.vidadegestanteemae.com.br/relato-de-parto-natural-no-hospital/">http://www.vidadegestanteemae.com.br/relato-de-parto-natural-no-hospital/</a>
Alessandra	<i>Parto natural hospitalar</i>	<a href="http://www.macetesdemaee.com/2015/06/relato-de-parto-natural.html">http://www.macetesdemaee.com/2015/06/relato-de-parto-natural.html</a>
Ana S.	<i>Cesariana eletiva</i>	<a href="http://www.sobrematernidade.com.br/parto-cesarea-um-relato-da-vida-real/">http://www.sobrematernidade.com.br/parto-cesarea-um-relato-da-vida-real/</a>
Gisele	<i>Cesariana</i>	<a href="http://vilamamifera.com/mulheresempoderadas/relato-de-violencia-obstetrica-o-relato-da-minha-2a-cesarea-o-nascimento-de-arthur/">http://vilamamifera.com/mulheresempoderadas/relato-de-violencia-obstetrica-o-relato-da-minha-2a-cesarea-o-nascimento-de-arthur/</a>
Mari	<i>Cesariana</i>	<a href="http://www.desafiomamae.com.br/relato-de-parto/">http://www.desafiomamae.com.br/relato-de-parto/</a>
Ana D.	<i>Cesariana</i>	<a href="http://www.maesaudavel.com.br/relato-de-parto/relato-de-nao-parto-a-silenciosa-violencia-obstetrica/">http://www.maesaudavel.com.br/relato-de-parto/relato-de-nao-parto-a-silenciosa-violencia-obstetrica/</a>
Gabriela A.	<i>Cesariana</i>	<a href="http://indiretasmaternas.com.br/gente-compartilha-relato-parto-paulinha/">http://indiretasmaternas.com.br/gente-compartilha-relato-parto-paulinha/</a>
Ana Raquel	<i>Cesariana</i>	<a href="http://gravidaaos17.blogspot.com.br/p/relato-de-parto.html">http://gravidaaos17.blogspot.com.br/p/relato-de-parto.html</a>
Luciana	<i>Parto natural domiciliar</i>	<a href="http://aobabebe.blogspot.com.br/2010/03/meu-filho-brasileiro-dia-03-de-janeiro.html">http://aobabebe.blogspot.com.br/2010/03/meu-filho-brasileiro-dia-03-de-janeiro.html</a>

Rebeca	<i>Parto normal hospitalar</i>	<a href="http://mulherquepariu.blogspot.com.br/p/relato-de-parto.html">http://mulherquepariu.blogspot.com.br/p/relato-de-parto.html</a>
Michelle	<i>Parto natural hospitalar</i>	<a href="http://www.vidamaterna.com/o-nascimento-do-leonardo-relato-de-parto/">http://www.vidamaterna.com/o-nascimento-do-leonardo-relato-de-parto/</a>
Karoline	<i>Cesariana</i>	<a href="http://umamaefeminista.blogspot.com.br/2016/07/relato-de-parto.html">http://umamaefeminista.blogspot.com.br/2016/07/relato-de-parto.html</a>
Fernanda	<i>Parto normal</i>	<a href="http://www.vestidademae.com.br/relato-do-meu-parto-normal/">http://www.vestidademae.com.br/relato-do-meu-parto-normal/</a>
Gabi S.	<i>Parto normal</i>	<a href="http://vilamamifera.com/dadada/relato-de-um-parto-domiciliar-que-deu-errado-ou-isto-e-perfeito-aquilo-e-perfeito-o-que-procede-da-perfeicao-tambem-e-perfeito/">http://vilamamifera.com/dadada/relato-de-um-parto-domiciliar-que-deu-errado-ou-isto-e-perfeito-aquilo-e-perfeito-o-que-procede-da-perfeicao-tambem-e-perfeito/</a>

Após a seleção dos relatos, todos os autores que disponibilizavam seu contato foram contatados por e-mail com o intuito de comunicá-los sobre a utilização de seus relatos na presente pesquisa. O material foi, então, submetido à agregação categorial (Stake, 2016), sendo as categorias de análise definidas *a posteriori*. Dos relatos selecionados, emergiram oito categorias de análise: *Parto tecnocrático: os procedimentos antes dos sujeitos*; *A função da equipe na construção da experiência de parto*; *Respeito à temporalidade do parto: mãe e bebê no foco*; *Dor de nascimento e medo de morte*; *Violência obstétrica*; *Desinformação e apoio virtual*; *Escolha ou autonomia?*; e *Nascimento a três*. Como cuidado ético, optamos por não disponibilizar os relatos na íntegra como anexo da pesquisa e tampouco identificar os blogs em que os relatos foram postados. Agora, convidamos você, leitor, a se deliciar com as palavras das mães e pais acerca do nascimento de seus filhos.

## 7. Compreendendo as experiências de parto a partir do relato dos sujeitos

No presente capítulo serão apresentadas as oito categorias oriundas da análise dos relatos de parto selecionados na internet: *Parto tecnocrático: os procedimentos antes dos sujeitos; A função da equipe na construção da experiência de parto; Respeito à temporalidade do parto: mãe e bebê no foco; Dor de nascimento e medo de morte; Violência obstétrica; Desinformação e apoio virtual; Escolha ou autonomia?; e Nascimento a três.*

### 7.1. Parto tecnocrático: os procedimentos antes dos sujeitos

A assistência regida pelo paradigma de parto tecnocrático apareceu no discurso de muitos pais e mães como fonte de insegurança, geradora de experiências dolorosas e promotora de vivências de desamparo. O fato de a cesárea ser a principal forma de nascer no sistema privado brasileiro leva pais e mães a uma busca incessante por profissionais que não trabalhem de acordo com a lógica vigente. Tal busca demanda alto investimento de energia em um momento de transformação pessoal e familiar no qual o casal parental precisa de acolhimento. No âmbito público, em que os partos vaginais são maioria, a prática rotineira de intervenções médicas desconsidera os planos de parto de cada família e o descumprimento de princípios apontados no PHPN (Brasil, 2000) é vivenciado frequentemente por mães e pais. Muitos dos relatos analisados apontaram para sentimentos de impotência e desamparo diante da constatação do cenário no qual se encontra a assistência ao parto no país, onde os procedimentos médicos muitas vezes se tornam mais importantes do que a experiência e os sentimentos dos sujeitos.

*(...) eu simplesmente não encontrei profissionais que eu tivesse certeza que me ajudariam a ter um parto normal (gente, isso chega a ser ridículo!).*  
(Alessandra)

*Parto é cultural e a nossa cultura é cesarista. Qualquer coisa que fuja dessa cultura, as pessoas acabam taxando de loucura.* (Gabriela C.)

*Despreparo médico generalizado (mas não absoluto), violência disfarçada por trás dos partos hospitalares, desconsideração da mulher e criança*

*como principais protagonistas, falta de crença na própria biologia corporal por muitos... (Lucas)*

*Até que um dia, tranquilamente, sem tom de ameaça ou enfrentamento, perguntei: “Doutor, gostaríamos de fazer um parto normal, o que o senhor pensa disso?”. Obviamente, ele nos deu a resposta padrão: “pois é o normal, se estiver tudo bem, por que não?”. Essa famosa inversão: faremos normal “se”, ao invés de, “não” faremos normal “se”. (Guilherme)*

Estudos que discutem os resultados da pesquisa Nacer no Brasil, como os de Souza e Pileggi-Castro (2014) e Aquino (2014), apontam para o grau de hipermedicalização no qual se encontra o parto no país, com índice significativo de cesarianas. De acordo com os autores, um dos componentes deste problema complexo envolve as armadilhas do sistema de saúde que tornam as cesáreas mais atraentes financeiramente para os profissionais e para os hospitais. Nesse sentido, a força da lógica mercantil apareceu na pesquisa Nacer no Brasil como um componente importante por trás da epidemia de cesáreas e intervenções desnecessárias no trabalho de parto no país. Corroborando os resultados apontados nesta pesquisa, no presente estudo a percepção acerca dos interesses econômicos por trás da epidemia de cesarianas no país se fez presente no relato dos sujeitos.

*Nos demos conta que não importa o que queremos, não importa o seu sonho, o sistema te manipula para fazer do jeito mais prático pra eles... a sua vontade não vale nada. (Fernando)*

*Onde estamos errando? Será que não estamos sendo convincentes dos nossos desejos? Será que entendi errado o almanaque da escola? Por que o convênio médico permitiria uma cirurgia que não é necessária? (Michel)*

*São Paulo tem o maior índice de cesárea do Brasil (que é o País com o maior índice do mundo!). São Paulo é também o Estado que gera mais dinheiro em relação a parto. Os médicos ganham muito bem e os convênios são coniventes. (Gabriela C.)*

*Foi aí que minha ficha caiu... ele sempre quis fazer cesárea... é muito mais prático e mais fácil pra ele... até por não ter cobrado nenhum extra para realizar o parto... o convênio médico já “garante” o quarto, o médico apenas vai na hora marcada, na hora que pode ir, “resolve” logo o problema e volta pra sua rotina, suas outras consultas ou dá tempo dele realizar outro parto agendado pra uma hora depois... (Fernando)*

Os planos de saúde cumprem papel fundamental na manutenção da lógica mercantil que rege os partos no sistema privado de saúde, uma vez que permitem a

realização de cesáreas eletivas. Em 2015 a Agência Nacional de Saúde determinou como obrigatório o preenchimento do partograma pelos médicos e instituiu a obrigatoriedade da divulgação do percentual de cesáreas realizadas por cada médico, ambas determinações com o objetivo de diminuir o número de cesáreas desnecessárias no país (ANS - RN nº368/2015). Em 2016, contudo, o Conselho Federal de Medicina – CFM, por meio da Resolução n. 2.144/2016, instituiu como direito da gestante a opção por cesarianas eletivas a partir da 39ª semana de gestação. Apesar do argumento em prol das cesarianas eletivas estar relacionado ao protagonismo feminino no parto, a Resolução desconsidera apontamentos da OMS (WHO, 2010), que ressaltou os riscos inerentes à cesariana eletiva. Neste sentido, a Resolução parece estar mais a serviço da própria categoria médica do que do protagonismo e da autonomia das parturientes, que ainda são frequentemente desconsideradas enquanto sujeito em seus partos.

A sensação de a mulher ser tratada como objeto apareceu no relato de mães, ilustrando o que afirmam autores como Nagahama e Santiago (2005), Deslandes (2006), Dias e Deslandes (2006), Morsch e Aragão (2006) e Jardim e Penna (2012) sobre a desconsideração do protagonismo da mulher, a expropriação do saber acerca da fisiologia do seu próprio corpo, e a despersonalização do corpo feminino. O enfoque nos processos biológicos, que remetem à noção de “corpo máquina”, foi ressaltado nos relatos, que apontaram para a desconsideração dos aspectos emocionais do parto.

*Depois eu senti ele rasgando as camadas... Muito assustador, depois eu senti ele sacolejando tudo. Até disse pra uma amiga que me senti um saco de batatas. (Ana Raquel)*

*Depois, uma enfermeira me pediu para deitar e tentou várias vezes encontrar a veia para colocar o soro. Em nenhum momento ela me explicou o porquê do procedimento, apenas o fez. (Rebeca)*

Estudos como os de Machado (2005), White (2016) e Zanardo, Uribe, Nadal e Habigzang (2017) apontam para a exclusão do cuidado com a temporalidade do parto no paradigma tecnocrático de assistência. No setor público, o uso de procedimentos rotineiros durante o trabalho de parto tem como uma das justificativas a aceleração do processo para que os leitos sejam liberados mais rapidamente. No setor privado, a cesárea se apresenta como a solução mais rápida

e prática para reduzir o tempo do trabalho de parto e garantir a assistência a mais pacientes, além do aumento do honorário dos profissionais e dos hospitais. Em um momento de vulnerabilidade, com o filho prestes a nascer, é frequente, então, que pais e mães se deparem com falas de profissionais que, alinhados à temporalidade das instituições hospitalares (White, 2016), incrementam sua insegurança a respeito do desenvolvimento natural do trabalho de parto. Nesse sentido, como apontam Domingues et al. (2014), é frequente no setor de saúde privado que mulheres que desejavam ter um parto vaginal no início da gestação acabem realizando uma cesariana eletiva, tomadas pelo medo de que algo aconteça com seu bebê ou de que não consigam ser atendidas pelos profissionais que as acompanham caso decidam respeitar a temporalidade do parto. Nos relatos analisados a predominância da temporalidade institucional, tanto do médico como do hospital, se fez presente.

*(...) eis que fomos surpreendidos com a seguinte frase: “Já agendei o parto para o próximo dia 9. Estejam lá na Maternidade Renomada da Paulista as 9 horas em jejum que o parto será às 12:30!” Oi? Como assim? Porque você quer decidir a data e a hora da minha filha vir ao mundo? Esta escolha não deveria ser dela? Nem completamos 40 semanas (...) DOUTOR: mas eu só tenho agenda para dia 9! Se vocês não querem eu vou desmarcar mas o risco vai ser de vocês! (Fernando)*

*Em busca deste nosso querer, encurralados por um sistema de cesáreas onde o plano de saúde e os horários dos hospitais e médicos falam muito mais alto do que a vontade dos pais, procuramos alguns obstetras para nos auxiliar nesta jornada única em nossas vidas. (Fernando)*

Como apontado por Jardim e Penna (2012), a institucionalização do nascimento provocou uma tendência ao aumento exagerado da utilização de alguns procedimentos médicos, que se tornaram rotineiros, como administrar nitrato de prata nos olhos do bebê, amarrar a parturiente na maca e exigir a posição de litotomia (similar à posição ginecológica). Esses procedimentos rotineiros apareceram nos relatos, que evidenciaram o desconforto de pais e mães com sua utilização.

*Teve que fazer episiotomia (o corte cirúrgico no períneo) e foi bem incômodo no dia seguinte. Eu preferia que não tivesse acontecido, claro, não queria nenhum procedimento cirúrgico. (Fernanda)*

*(...) eu morria de medo de cair nas mãos de um obstetra que se dizia humanizado, mas que na hora do parto realizasse intervenções desnecessárias, como episiotomia, analgesia, ocitocina sintética ou mesmo cesárea desnecessária. (Juliana)*

O direito ao acompanhante é legalmente garantido no Brasil. Contudo, como apontado por Tesser et al. (2015), muitos hospitais ainda se negam a cumprir tal legislação, alegando que esta prática atrapalha a rotina institucional e o andamento do trabalho de parto, uma vez que o acompanhante desconhece os procedimentos de rotina envolvidos no parto. Em alguns relatos tal descumprimento da lei se fez evidente, apontando para a necessidade de a parturiente ou o casal parental terem de lutar por seus direitos no momento do parto.

*Quando fui me despedir dos meus pais, meu marido foi barrado. 'Normas da casa'. Insisti pela presença dele, mas ambos acatamos por puro medo de represália depois. Que burra. (Rebeca)*

O direito ao acompanhante não é a única legislação que não é cumprida em muitos hospitais brasileiros. É comum haver prevalência da decisão médica e ausência de incentivo à autonomia do usuário, princípio apontado pelo SUS (Lei nº8.080 – Brasil, 1990). Relatos como os de Gisele e Ana S. são exemplos do descumprimento deste princípio básico, que visa empoderar o usuário do sistema de saúde acerca dos cuidados consigo mesmo, e assegurar a corresponsabilidade nas decisões referentes à sua saúde.

*Me sentia tão fragilizada, tão ameaçada e desamparada que obviamente, acabou prevalecendo novamente a decisão maior do médico (...) “seu filho tem que nascer hoje”, foi o que ouvi. Então perguntei: “Então o senhor vai induzir o parto?” – e a resposta: “De jeito nenhum. Seu bebê não aguenta. Não tem líquido para ele minha filha”. Portando um baita barrigão, sentei no corredor frio do hospital e desabei a chorar (Gisele).*

*A cesariana é um procedimento cirúrgico e obviamente isso será um momento mais tenso, sério e frio, sem muita interação, será rápido. Você não terá poder, quem comanda é o médico, faz parte do processo. E eu me senti exatamente dessa maneira: sem poder! (Ana S.)*

Davis-Floyd (2001) e Sanfelice et al. (2014) descrevem o modelo tecnocrático de assistência como aquele que confere protagonismo ao médico e promove alienação da parturiente em relação ao profissional ao mesmo tempo em

que o próprio médico se aliena da personalidade da paciente a fim de se proteger emocionalmente. Nesse cenário, é comum que mães e pais confiem integralmente a saúde de seus bebês a estes profissionais, deixando de lado, muitas vezes, suas crenças e seus próprios sentimentos com relação ao delineamento do plano de parto. Nesse contexto, constatamos que homens e mulheres que escreveram os relatos analisados sentiram-se desamparados e sofreram grande pressão emocional quando sentiram alguma insegurança diante do saber médico.

*O parto da Manuh foi muito sofrido. Tivemos (o Ti e eu) que lutar para ter o direito de ter um parto vaginal. Fui questionada a todo momento. Me tiraram comida, me colocaram medo (dizendo que eu ia matar a minha filha, pasmem), mas a pouca informação que a gente tinha na época já me liberou das estatísticas e consegui ter, pelo menos, um parto vaginal. (não é possível chamar aquilo de normal). Minha única certeza na época era que se eu engravidasse novamente teria em qualquer lugar menos em um hospital. (Gabriela C.)*

*Nosso mundo caiu... minha mulher se desesperou... nosso parto seguro já não era tão seguro assim... resolvi então ligar para o médico e ver se não tínhamos outra possibilidade, se não podíamos esperar até pelo menos 41 semanas (em minhas pesquisa descobri que pode-se esperar até 42 semanas, e que isso é considerado normal em outros países) ... mas aí a conversa foi AMEAÇADORA. (Fernando)*

A separação pais-bebê logo nos primeiros momentos de vida é um procedimento contrário ao que é preconizado pela OMS (1996) e pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001). Contudo, esta também é uma realidade para muitas mulheres que têm seus filhos no Brasil. Nos relatos, a dor por terem seus filhos levados para longe de si devido a procedimentos médicos após o parto apareceu no discurso das mães.

*Eu o vi e ele foi levado para longe de mim (isso me magoa até hoje, ele não ter ficado mais tempo pertinho de mim), tão rápido que nem uma foto eu lembrei de tirar com ele. (Ana S.)*

*Também gostaria de ter pego a minha filha nos braços e sentido seu calor no primeiro minuto da sua vida. E gostaria de tê-la amamentado em curto espaço de tempo após o parto. Até hoje me pergunto como ela passou enquanto eu estava na sala de recuperação. Meu marido e nossos familiares tiraram foto da nossa pequena no berçário e é engraçado como sinto um vazio no coração ao ver as fotos, pois ela me parece totalmente desprotegida. (Mari)*

As vivências de parto promovidas pelo paradigma de assistência que atribui maior importância aos procedimentos técnicos do que à experiência daqueles que se tornam mães e pais é disseminada pelos profissionais que assistem o parto. Neste sentido, a postura da equipe é fundamental para reverter esse cenário de desamparo vivenciado por muitas famílias hoje no Brasil. Alguns profissionais já vêm incorporando práticas mais cuidadosas em suas condutas e, nos relatos analisados, foi possível perceber como essas ações influem na construção da experiência de parto.

## 7.2. A função da equipe na construção da experiência de parto

A partir dos relatos de parto analisados foi possível perceber que a falta de acolhimento por parte da equipe no parto contribuiu para a vivência de experiências de parto extremamente dolorosas. Os relatos apontaram para o impacto que a postura da equipe teve na forma como mães e pais se sentiram no momento do parto e, conseqüentemente, na sua disponibilidade para acolher o filho nesse momento, corroborando os resultados encontrados na pesquisa Nascer no Brasil (Leal et al., 2014).

Para mães e pais, que estão se apropriando da parentalidade no momento do nascimento de seus filhos, o parto é um momento de entrega profunda, em que precisam se sentir amparados para poderem se conectar com a temporalidade do bebê, e, conseqüentemente, ampará-lo em sua chegada ao mundo. Contudo, muitos profissionais de saúde não têm formação adequada nesse sentido (Tesser et al., 2015) e, por estarem focados nas possíveis complicações do parto, acabam desconsiderando as demandas afetivas daqueles que se tornam pais e mães.

*Antes da virada do plantão, por volta de 06:50, a obstetra veio se despedir de mim. 2 minutos depois ouço uma voz com aquele ar de 'como sou superior' entrando na sala de pré-parto e sem ao menos me dar um 'bom dia, sou o fulano de tal e vou acompanhar o teu parto...'; já chegou mandando eu sair da maca e ir andando para o centro cirúrgico. Eu disse que não ia conseguir pois estava com as pernas tremendo de frio além de sentir muita dor na coluna, ele então pediu para que eu parasse de frescura que ele não queria perder mais tempo com essa palhaçada. (Rebeca)*

*“Vou ter que tirar a criança porque senão as duas vão morrer, ela já tá em*

*sofrimento, não dá mais pra estabilizar a pressão e vamos ter que interromper a gestação por aqui.” Interromper a gestação? Tirar a criança?? Meu Deus, como eu detesto essa expressão, pra mim é algo muito frio, indiferente, horrível!! Não era aquilo que eu imaginava pra chegada da Paulinha, eu não conseguia nem repetir em pensamento aquilo que ouvi. (Gabriela A.)*

Estudos como os de Davis-Floyd (2001) e Andrade, Felix, Souza, Gomes e Boery (2017) ressaltam a importância da segurança transmitida às parturientes pelos profissionais, uma vez que essa conduta tem consequências diretas na forma como as mulheres vão vivenciar as dores do parto e no andamento do processo. De acordo com os autores, a humanização do parto está relacionada ao respeito à fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias; ao reconhecimento dos aspectos sociais e culturais do parto; e ao suporte emocional oferecido à parturiente e aos seus familiares. Rebeca, autora de um dos relatos analisados, relata experiência extrema oposta ao que é preconizado pelas políticas de humanização: falas desrespeitosas por parte dos profissionais, centralidade do poder médico e sentimento de desamparo.

*(...) ele foi bem frio comigo. Pedi para deitar e já me deu um toque. Senti muita dor e reclamei. E ele me disse que se eu reclamo de um mísero toque, não aguentaria as contrações do parto normal. E sempre que tinha a oportunidade ele dava uma caçoada pela minha opção. (Rebeca)*

*Só que por causa do soro, eu sentia dores o tempo todo, então ele tentava dirigir meus puxos de uma maneira muito errada. Como eu estava tão alucinada de dor e achando que eu ia morrer a qualquer momento eu tentava fazer força quando ele mandava mas fazia errado e ele brigava comigo por estar fazendo errado... (Rebeca)*

Além de ressaltarem a importância do ambiente humano nas experiências de parto, Zveiter (2005) e Andrade et al (2017) atentam também para os componentes estruturais e funcionais do centro obstétrico, indicando o impacto que estes componentes têm sobre a qualidade da assistência. Em consonância com esses estudos, alguns relatos de parto analisados apontaram para a relevância de aspectos referentes à estrutura física ou organizacional do hospital nas experiências de parto. Rebeca, por exemplo, atentou para o desconforto promovido pela estrutura física do hospital e Karoline, que esteve internada alguns dias antes do parto, discorreu

sobre o impacto que um aspecto funcional – a rotatividade de profissionais - teve na sua experiência de parto.

*Eu implorei para ele (o residente) ficar perto de mim, que não me deixasse sozinha, a sala de pré-parto era vazia, com luzes super fortes e muito gelada. (Rebeca)*

*Como o médico mudava de plantão todo dia, eu não tinha uma referência. (Karoline)*

Em contrapartida, quando os profissionais acolhem e se apresentam disponíveis emocionalmente para as parturientes, proferindo palavras que confortam, parece ser possível ultrapassar a dor e o medo com mais confiança. Tal fato explicita a importância da palavra como ferramenta nos processos de assistência em saúde, como apontam Oliveira, Collet e Vieira (2006). O cuidado profissional com ambos os pais desde as consultas do pré-natal até o parto, seja garantindo acesso à informação, colocando uma música ou simplesmente se fazendo presentes e disponíveis, apareceu nos relatos dos sujeitos como um recurso fundamental para se sentirem seguros no momento do parto.

*Patrícia, minha doula querida, foi meu apoio constante, uma amiga-doula na definição perfeita. Sempre me dizendo que eu saberia sim quando chegasse a hora e o principal: que quando o Leo estivesse pronto, ele viria. (Michelle)*

*Uma das auxiliares trouxe um rádio portátil para a sala de parto e colocou para tocar um CD com músicas infantis cantadas em diversas línguas. Ahamos este um gesto de carinho da auxiliar... (Marco Antonio)*

*Francisco, (...) A Míriam voltou para a nossa casa e dormiu comigo, na cama, no lugar do seu pai. Na verdade, acredito que ela só tenha velado o meu sono, pois todas as vezes que acordei, ela estava desperta, congelando, pois eu, a-parturiente-que-não-estava-em-trabalho-de-parto, queria o quarto gelado, em pleno verão. (Gabi S.)*

*No dia seguinte encontramos a Doula, a primeira impressão não poderia ter sido melhor, ela foi muito racional e objetiva, atenta à nossa insegurança em tomar decisões, explicou seu papel no processo. Tornou-se para sempre nosso porto seguro nas decisões. (Michel)*

Tanto a pesquisa *Nascer no Brasil* (Leal et al., 2014) como a pesquisa de Silva et al (2017) - que buscou investigar a percepção das puérperas sobre a

assistência em uma maternidade do Piauí que busca seguir as políticas de humanização -, constataram que a atenção oferecida foi de extrema importância para a satisfação das mulheres com o processo de parturição e para amenizar o medo do parto. Essas pesquisas concluíram que quando a equipe é cordial, respeita o tempo do parto, estabelece um canal de comunicação efetivo e respeita as necessidades físicas, emocionais, psicológicas, sociais e espirituais da mulher e de seus familiares, transmitindo tranquilidade ao longo do processo, as parturientes tendem a se sentir protagonistas no parto. Corroborando os resultados encontrados nessas pesquisas, nos relatos analisados a postura da equipe apareceu como fundamental para o empoderamento e protagonismo feminino durante o parto.

*Um conversa simples – quando elas pediram que a Lia se entregasse para a dor, soltasse tudo o que a incomodava e deixasse o processo se desenvolver – foi decisiva para fazer a Lia se empoderar ainda mais do seu parto. (Guilherme)*

Estudos como os de Silva et al. (2012), Andrade et al. (2017) e Silva et al. (2017) atentam para a importância da presença de um acompanhante no parto para que a mulher se sinta segura, o que diminui a probabilidade de complicações durante o parto. Alguns profissionais, contudo, ainda tendem a negar o exercício desse direito, excluindo o acompanhante do processo. No relato do Rafa ficou clara a importância da sensibilidade da enfermeira que possibilitou sua entrada na sala de parto, levando-nos à reflexão acerca da importância da garantia da lei do acompanhante não só para a parturiente, mas também para o pai.

*Nesse momento percebi que não havíamos entrado no barco sozinhos. Estávamos na tempestade, mas não à deriva. (...) Enquanto estava lá fora, aflito por não estar perto da Lá, uma enfermeira se aproximou e disse que eu deveria entrar e ficar perto da minha esposa. As enfermeiras haviam me dito para esperar do lado de fora, ela porém disse que eu deveria entrar e que falaria com as outras. (Rafa)*

Ao discorrerem sobre o ideário de humanização, Nagahama e Santiago (2005) apontam para uma assistência que considera a totalidade humana e entende o cuidado como prática profissional essencial no parto. Nos relatos de pais e mães que se sentiram amparados pela equipe, fica clara a relação entre uma experiência positiva e os cuidados dispensados pelos profissionais. Muitos teceram

agradecimentos a eles em seu discurso, demonstrando a importância do cuidado com a integralidade dos sujeitos no parto.

*No final, não posso deixar de expressar minha mais sincera gratidão à equipe de acompanhamento Mãe do Corpo (Kelly e Semírames), nossas queridas Karla e Liana e a linda obstetra que conhecemos recentemente, Dr<sup>a</sup> Liduína Rocha. Foram todas pessoas de muita luz que surgiram em seus devidos momentos para que pudéssemos chegar ao tão esperado momento em que O holofote acendeu em nossa sala. (Lucas)*

*Obrigado a todas vocês que nos proporcionaram esse momento lindo. Manuh, pelas massagens, pela companhia e pela nova amizade que surgiu; Maíra, por todas as informações, todo respeito e, mais importante que tudo, pela amizade construída; Marcella, por todo auxílio e todo suor dedicados ali, na hora, garantindo que tudo estivesse pronto; Nilza, por entender nossa escolha e se animar, junto da gente, com a possibilidade de termos em casa nosso bebê – isso foi muito importante! (Raoni)*

*Quero aproveitar e agradecer à toda equipe médica do Dr. Eduardo Zlotinik, a Dra. Camila Martin e as enfermeiras, foram todos ótimos e me senti calma e segura 100% do tempo. (Fernanda)*

*A Aurora nasceu às 10h44 do dia primeiro de setembro de 2014(...). Ela e sua mãe foram respeitadas do início ao fim do parto, foram donas desse momento único. É importante dizer, nossa competentíssima equipe foi: Dra. Sônia Sallenave e Dra. Marilena Pereira (médicas obstetras), Tanila Glaeser (enfermeira obstétrica), Ana Boulhosa (doula) e Carol Lube (fotógrafa). Recomendo fortemente todas elas, mulheres empoderadas, fortes, delicadas, gente boa e, acima de tudo, muito competentes! (Guilherme)*

*Não tenho palavras para agradecer à: Equipe da Commadre por toda a assistência no pré-natal, no parto e principalmente no pós parto, com visitas e muita conversa; Minha amiga e Doula mais que querida por ter me orientado em todo TP. Sem você as dores teriam me tirado o foco! (Gabriela C.)*

Em alguns relatos os sujeitos chegaram a usar a expressão “anjo” para definir os cuidados dispensados pelo profissional de saúde, o que denota uma crença curiosa de que tal tipo de comportamento extrapola o que concerne ao humano, apesar de estar em consonância com a perspectiva construcionista (Deslandes, 2006) do ideário de humanização. Entendemos que tal fato marca uma descrença de que o cuidado com o outro seja uma atitude eminentemente humana e de que pode, sim, ser um norteador cultural das formas como dada sociedade se organiza no que concerne ao nascimento. Neste sentido, relacionamos aqui as falas desses

pais e mães com o que Torniquist (2002) aponta sobre as armadilhas inerentes ao ideário, que acaba reforçando uma concepção a-histórica de ser humano, na qual a dimensão cultural é problematizada.

*Comentei depois com minha mulher que não foi uma obstetra que entrou naquela troca de plantão... foi na verdade um verdadeiro ANJO, Dra. A. L. L. G.. (Fernando)*

*Como as contrações, à 1h e 30min da madrugada, já estavam durando de 40 a 70 segundos, com intervalos de 2 a 5 minutos, decidimos ligar e acordar nossa doula (espécie de mulher anjo que, além de tornar mais suportáveis as dores do parto, transmite calma e segurança ao casal). (Cristiano)*

*Também procurei uma doula, a Gabriela Barreto, para me acompanhar na gravidez e no parto, e ela foi outro anjo pra mim. (Juliana)*

A postura da equipe profissional no momento do parto está diretamente relacionada à forma como os sujeitos vão vivenciar a experiência do nascimento de seus filhos. Nos relatos de parto analisados ficou nítida a importância do suporte da equipe para que os pais possam confiar na temporalidade do parto, sendo extremamente necessário que os profissionais lhes transmitam confiança e que respeitem o tempo necessário para parir.

### **7.3. Respeito à temporalidade do parto: mãe e bebê no foco**

Desde a gestação há um aguçamento das experiências sensoriais nas mulheres, que se observa na sensibilidade a determinados cheiros e nos desejos por degustar determinados alimentos, por exemplo. É um resgate da experiência infantil inerente ao tempo de espera, tempo de construção e preparação para a identificação com o bebê que chegará. Assim como na gestação, o parto também é tempo de espera. Espera entre uma contração e outra, espera pela saída do bebê. Machado (2005) aponta para o respeito à temporalidade do parto como pressuposto fundamental à humanização da assistência ao nascimento. Corroborando o que foi postulado pela autora, nos relatos dos sujeitos o respeito à temporalidade do parto apareceu como fator imprescindível para que pais e mães se sentissem acolhidos, sendo inclusive fator decisivo na hora da escolha por profissionais para assistir o parto.

*Trocamos de obstetra duas vezes durante o pré-natal, buscando um que realmente me ajudasse a ter um parto respeitoso, do jeito que eu queria e no meu tempo. (Juliana)*

Winnicott (1949/2000) ressalta a importância de as intrusões ambientais durante o parto não excederem o limite do suportável pelo bebê. Estando a mãe identificada com seu filho, ressaltamos a importância de que o ambiente não exceda o limite do suportável também para ela. Conjecturas extremamente invasivas pressupõem uma quebra ou ausência da confiabilidade em situações de dependência. Para haver confiabilidade é preciso que haja respeito ao ritmo criado no encontro entre os sujeitos, previsibilidade e constância. Se o tempo do parto é determinado pela agenda do médico, pela disponibilidade do hospital ou por qualquer fator externo à díade mãe-bebê, há uma quebra no ritmo e, portanto, na confiabilidade, levando a experiências de dor e sofrimento. No relato da Rebeca, a postura dos profissionais apareceu como extremamente invasiva, desconsiderando tanto o tempo do bebê vir ao mundo como a mãe enquanto sujeito de direitos.

*Mais uma vez senti suas mãos entrando em mim, como se ele quisesse arrancar o meu bebê na marra. Foi quando senti um gelado entrando na minha vagina mas que dava a impressão de que estava me cortando de tão forte que entrou, daí eu imediatamente perguntei o que ele estava fazendo comigo. Quando soube que aquilo era o fórceps, eu não sei de onde tirei forças e a minha sorte foi que ele não puxou o meu filho imediatamente, esperou duas contrações e então após fazer força duas vezes eu consegui expulsar o meu bebê. (Rebeca)*

Por outro lado, quando os profissionais conseguem proteger os pais de aspectos invasivos da realidade externa, promovendo experiências de confiabilidade, eles podem vivenciar esta relação de dependência de forma plena, nutrindo-se para desempenhar a mesma função com o bebê. As famílias que conseguiram ter o tempo do parto respeitado pareceram desejar compartilhar suas experiências, demonstrando que, mesmo com a lógica tecnocrática de parto que rege o país, há espaço para partos respeitosos e cuidadosos no Brasil.

*Numa fração de tempo, que era ao mesmo tempo instantânea e eterna, tive a bênção de poder viver o milagre da vida. As cores mudaram, os sons, os cheiros... (Lucas)*

*Elisa escorregou macia e quente pelos meus braços, em cima da nossa cama, onde dormia mansamente seu irmão mais novo. A textura mais inusitada que eu já experimentei, a carga de emoção mais intensa da minha vida, abriu-se um hiato no tempo-espaço, e nesse átimo eterno eu a depositei no colo da mãe atônita. (Pablo)*

*Nina ainda ficou um tempo ligada à placenta, esperando ela parar de pulsar e o Tiago cortou o cordão quando aconteceu. (Gabriela C.)*

*Sim, Antônio nasceu quando quis, em casa, na nossa cama, sem ninguém subindo na barriga da Camila, falando pra ela respirar ou fazer força, puxando nosso bebê. Não teve toque, episiotomia. Tiveram Camila e Antônio no centro de tudo o tempo todo. (Raoni)*

A oferta de líquidos e alimentos à parturiente, o estímulo ao contato precoce entre pais e bebês, e a preparação de um ambiente acolhedor com luzes baixas e temperatura agradável são orientações dadas pela OMS (1996) que muitas vezes não são cumpridas no Brasil. Como os profissionais geralmente estão focados nas possíveis complicações, os procedimentos são pensados com o intuito de saná-las caso venham a acontecer. Contudo, como afirma Chaves (2014), nesse cenário o risco de iatrogenia no parto é enorme, pois muitas parturientes acabam ficando tensas, e com mais medo de que algo dê errado. Uma vez que não confiam na temporalidade do trabalho de parto, as complicações acabam surgindo. Nos relatos analisados, mães e pais ressaltaram a importância de terem tido um ambiente de parto acolhedor e de a díade mãe-bebê não ter sido submetida a procedimentos de rotina desnecessários no momento do parto.

*Ficamos só nós quatro na sala da banheiro... a luz bem baixa e todos me incentivando com muito carinho e toda a atenção. Me ofereceram água, picolé, gelatina, chocolate e frutas secas... (Juliana)*

*Conforme pedi, ele não foi aspirado, não teve colírio aplicado em seus olhos, não foi limpo nem tomou banho nas horas que se seguiram. Nasceu pronto, lindo, limpinho, nem precisava de banho mesmo. (Michelle)*

*Nossa filha nasceu na banheiro, com toda a saúde e vitalidade que era de se esperar (apgar 10 /10), cortei o cordão umbilical, choros de emoção, mamou logo em seguida e ficou o mínimo de tempo longe de nós desde então. (Michel)*

Winnicott (1954/1990) defende que submeter um recém-nascido ao banho ou a algum tipo de limpeza imediata, ou mesmo realizar qualquer outro tipo de procedimento não é uma conduta legítima, pois logo que nasce o bebê precisa de um tempo para reestabelecer a sensação de continuidade de ser. O autor ressalta a importância do contato corporal entre mãe e bebê nos momentos após o parto para que a vivência da experiência de intrusão seja ultrapassada e o bebê possa novamente investir na sensação de “estar-vivo”, dessa vez com o intuito de buscar o alimento. A importância do contato imediato com a mãe após o nascimento e o respeito ao tempo necessário para retomada da continuidade de ser apareceu no relato dos sujeitos. Gabi S., por exemplo, ressaltou a importância de pegar o filho no colo e olhar em seus olhos para que pudessem se entender.

*Minha cabeça não sabia o que fazer, então meu corpo escolheu. E você chegou... Lindo, enorme, gordinho. Te peguei no colo, olhei nos seus olhos e, imediatamente, nos entendemos. Ah, meu deus, quanto amor... (Gabi S.)*

A preparação do ambiente de acordo com a identidade cultural do casal e o acolhimento às necessidades emocionais dos pais no momento do nascimento apontam para o que autores como Deslandes (2006) e Dias e Deslandes (2006) discutem a respeito da integralidade dos sujeitos quando tratam o tema da humanização da assistência, ou seja, sobre a importância de se considerar os aspectos fisiológicos, culturais e emocionais no parto. O clima descontraído, de celebração familiar, apareceu no relato de alguns sujeitos como facilitador de uma experiência de parto prazerosa, corroborando o que dizem Winnicott (1949/2000), Zveiter (2005), Zveiter, Progiante e Vargens (2005) e Granato e Aiello-Vaisberg (2009) sobre a importância do amparo emocional e do ambiente humano no parto.

*Francisco, meu filho, eu queria que você nascesse em casa. Pensei em tudo: velas, flores e lençóis. Queria que fosse familiar, cotidiano, como fazer uma boa comida, tomar sol na varanda, molhar as plantas. Me cerquei de gente que eu poderia chamar de família, mesmo que não estivesse na sua árvore genealógica. Trouxe estas pessoas para cá, apresentei ao seu pai e ao seu irmão, para que se apaixonassem – e assim foi. Tudo perfeito. (Gabi S.)*

*É engraçado, porque sendo um parto domiciliar, a situação era um pouco diferente. Era como se fôssemos fazer uma festinha e precisássemos preparar a casa para os amigos. Acho que eu fiquei um pouco pilhado nesse sentido. Um pouco não, bastante. Cheguei em casa, feliz da vida, vi que*

*estava tudo bem com a Anne e então passei no mercado e comprei toneladas de água de coco, sucos, saladas de frutas, muitos lanches gostosos para a Anne e o pessoal comer ao longo do trabalho de parto. Fazer essas compras fez bem para a minha ansiedade. (Thiago)*

*E ficamos todas lá, na sala, sentindo o cheirinho de café que o Tiago estava passando. Conversando, trocando experiências, lembrando momentos. Um papo de Commadre no melhor estilo! (Gabriela C.)*

*(...) a atmosfera que se cria no parto domiciliar é meio entorpecente. (Thiago)*

As experiências de parto em que o ambiente respeita o tempo necessário para o desenvolvimento da sintonia mãe-bebê pareceram ser transformadoras também para alguns homens autores dos relatos analisados, como Guilherme, por exemplo, que relatou transformações pessoais a partir da experiência de parto. Ao mesmo tempo, a necessidade de controle sobre o parto apareceu no relato de Sílvio, apontando para a necessidade humana de controlar o imponderável, como assinalado por Davis-Floyd (2001).

*A experiência da paternidade e a opção pelo parto domiciliar, humanizado, respeitoso, tem me transformado profundamente. Tenho percebido o poder da sutileza, da delicadeza, que explodem dentro da gente. (Guilherme)*

*No dia do parto, uma cesariana, eu estava apreensivo, mas aliviado por termos hora marcada para conhecer a Julia. Sei que a Grace se arrepende até hoje por não ter esperado o parto natural, mas pra mim era algo que eu podia controlar e lidar. Homens com mania de controle! (Silvio)*

Para as mulheres autoras dos relatos que transmitiram experiências de parto respeitosas e cuidadosas, o fato de terem sido protagonistas no nascimento de seus filhos evocou a sensação de superação, de força por terem conseguido parir de acordo com a temporalidade da díade mãe-bebê.

*Sinto que corri uma maratona, ou que escalei o Everest, ou que atravessei a nado o canal da Mancha, porque é essa mesmo a sensação. De superação. De vitória. Não desejei esse tipo de parto com o intuito de ser radical ou de mostrar que sou forte e corajosa, mas porque entendi que esse era o melhor pra mim e minha filha. (Juliana)*

Em pesquisa com mulheres inglesas e portuguesas, White (2016) discutiu o impacto da temporalidade institucional nas vivências subjetivas das parturientes,

atentando para o aspecto cultural da temporalidade médica, que difere de um país para outro. No presente estudo, ficou clara a busca por mudanças culturais no entendimento da temporalidade do parto. Nos relatos de pais e mães apareceu a importância do respeito à temporalidade subjetiva no parto e, apesar de o cenário mais amplo denotar uma cultura de parto tecnocrática e desrespeitosa, os sujeitos apontaram para transformações na assistência ao parto no país.

*Aqui perto, em Minas Gerais, essa cultura está em movimento. No Hospital Sofia Feldman, é possível, através do SUS, a escolha por um parto domiciliar. Aqui em São Paulo, pelo SUS, temos 2 casas de parto: Sapopemba e Casa Ângela. Elas ficam nos dois extremos da cidade: zona leste e zona sul. (Gabriela C.)*

*Um parto natural domiciliar é a coisa mais anti-natural das coisas naturais que podem ocorrer na vida de um homem, mas quando você vê o corpo da sua esposa trabalhando sozinho pra colocar aquele bebê no mundo e o estereótipo do quarto impecavelmente arrumado com velas, música, frutas e incenso onde tudo acontece em câmera lenta e com uma luz difusa se desfaz e você vê sua esposa sorrindo em meio a lágrimas e suor a ponto de desmaiar, e segura seu bebê sujo de sangue e vernix no colo ao lado do seu filho de quatro anos de pijamas e cabelos desgrenhados que chora junto com você, percebe que deveria ser assim mesmo. É a maneira que a natureza encontrou de nos juntar. É brutal, é intenso, é forte e é por isso que se chama parto natural. (Leandro)*

Em aproximadamente um terço dos relatos analisados, pais e mães compartilharam suas experiências de parto em que tiveram uma assistência que considerou a integralidade dos sujeitos e o protagonismo das mulheres, com o intuito de contribuir para uma mudança de paradigma na forma de nascer no Brasil. Nesse sentido, foram muitos os relatos em que a temporalidade do parto foi respeitada, denotando uma movimentação tanto da sociedade civil como dos órgãos de saúde para que haja uma transformação na assistência ao nascimento no país.

#### **7.4. Dor de nascimento e medo de morte**

A dilatação no parto traz consigo um tempo de se abrir, de revelar o mais íntimo e profundo de si, de se renovar. O nascimento é uma passagem, constituindo-se em algo que dá lugar a outro. Nesse sentido a dor do parto é significada por Machado (2005) como sendo a dor que trazemos dentro de nós, sendo o parto capaz

de estimular zonas psíquicas até então inacessíveis, constituindo-se, por isso, em uma possibilidade de acessar e cuidar de dores muito profundas. É nesse sentido que o nascimento remete à morte. É ao mesmo tempo encontro e despedida. E são essas despedidas que não podem ser ignoradas pelos profissionais. Por que sem se despedir fica difícil encontrar. A própria saída do bebê é uma despedida. É preciso entrar em contato com o luto por aquele feto que dependia integralmente da mãe. Doravante o bebê poderá respirar sozinho e tornar-se-á possível, de fato, começar a conceber o filho enquanto outro.

Como assinala Davis-Floyd (2001), é comum que falte preparação para os profissionais lidarem com a morte inerente ao nascimento: ela esbarra em perda, em separação. Essas são consequências inerentes à vida, mas difíceis de serem assimiladas em uma sociedade pautada por valores hedonistas. É preferível atentar para os encontros, para a felicidade inerente ao momento de (re)conhecimento do bebê, do que para a despedida, para a morte. Contudo, os medos dos pais e mães existem, frequentemente são relatados, e geralmente têm relação com as fantasias associadas a essas despedidas.

*Mesmo sendo medicada a minha pressão continuava a subir e aquele mal estar só aumentava. Acho que nunca senti tanto medo quanto naquele dia, pensei que não ia mais sair de lá e que ia perder a minha pequena, ela tava muito agitada e eu ficava cada vez mais nervosa. (Gabriela A.)*

*Nesse momento sinto muito medo, medo de não dar conta, medo de não conseguir trazer o Leo ao mundo, de não conseguir fazê-lo sair de dentro de mim. (Michelle)*

*Chegando ao hospital (com muito frio), senti o início das dores do parto normal (eu já havia sentido antes e já sabia o que esperar). Nesse momento comecei a entrar em pânico total, a minha pressão que sempre era (normalmente e durante a gravidez) 10/8 estava em 17. Eu estava apavorada. Eu comecei a reviver tudo que eu havia passado quando perdi o meu primeiro bebê e permiti que o medo tomasse conta. Quanto mais eu sentia as contrações, mais apavorada eu ficava. Lembro até hoje de perguntar a cada 2 minutos para a gentil enfermeira que me acompanhava (queria muitooooo lembrar o nome dela!) como estava o meu bebê. A cada contração eu só rezava para que o médico chegasse e me mostrasse o Francisco logo e me dissesse: ele está bem! (Ana S.)*

Segundo Machado (2005), o que aproxima o nascimento da morte são os fatos de serem acontecimentos naturais com caráter definitivo; de serem ambos marcados pelo desconhecido e pelo incontrolável; e o aspecto simbólico de serem ambos tidos como passagem, além do fato de marcarem o início e o final da vida. A autora trata a morte como um núcleo importante do psiquismo e assinala que este núcleo se manifesta de diferentes maneiras no período que sucede o nascimento. Nos relatos de parto analisados foi possível perceber a ativação deste núcleo no período que antecede o nascimento, traduzida por medos de perder o bebê e de não conseguir entrar em trabalho de parto.

*O fato era que todo esse universo me repugnava. Qualquer via de nascimento me descontrolava. A hipótese de terminar tudo com nenhum bebê era ameaçadora. Não podia haver paz antes que tudo terminasse. (Vinicius)*

*Nos últimos dias eu tinha andado meio chorosa, com medo de demorar, medo de não entrar em trabalho de parto naturalmente, medo de não saber quando chegasse a hora. (Michelle)*

Tais sentimentos exemplificam a importância da elaboração das despedidas ao final da gestação e, principalmente, durante o parto. Ao mesmo tempo em que promove a revivência da dor de ter se separado de sua própria mãe, o nascimento evoca as representações inconscientes de incesto e assassinato do filho. Apesar de geralmente essas representações se manterem reprimidas, o temor inconsciente da vingança materna traduz-se como medo de ter um filho morto ou medo de morrer no parto. De acordo com Bydlowski (1997), a dor do parto mascara o caráter sexual do evento, o que contribui para a organização de defesas contra essas representações incestuais. Nesse sentido, para que essa passagem se dê com maior possibilidade de elaboração, vivenciar as dores do parto parece ser uma experiência de extrema importância, e tal fato se fez presente no discurso dos sujeitos.

*E, então, dentro de mim, a vontade de ter parto normal foi crescendo. Posso parecer insana, mas comecei a ter curiosidade de saber/sentir o que era uma contração! O que era essa tal “dor do parto” que tanto eu ouvia falar. (Alessandra)*

*Não sei dizer o que é entrar em trabalho de parto e sinto falta desta experiência em minha vida. Pode parecer loucura, mas só as mães*

*que fizeram parto cesárea, sem mesmo entrarem em trabalho de parto, sabem o que é isso. (Mari)*

É como se passar pela dor ajudasse essas mulheres nos processos de despedida e, portanto, as fortalecesse para o momento de encontro. Em estudo sobre a experiência da dor para mulheres que pariram em domicílio, Moraes, Mattos, Matão, Martins e Nascimento (2016) concluíram que as mães entrevistadas significaram a dor do parto como uma possibilidade de crescimento devido à superação e à confiança em seus corpos que esta vivência produziu. Em consonância com esse estudo, nos relatos analisados foi possível perceber a dor como promotora de sentido à transição para a parentalidade, como um caminho para se desprender de tudo o que se foi para deixar chegar tudo o que virá a ser: como a estrada para a apropriação da identidade materna. Nesse sentido, não existe parto sem dor, como disse uma mãe em um dos relatos analisados.

*Comecei então a gritar como nunca e pensei que o hospital inteiro devia estar me ouvindo... mas me deixei levar pelo instinto e sentia que precisava pôr aquela dor pra fora. (Juliana)*

*Vou ser sincera com todas vocês, tanto a cesárea quanto o parto normal você irá sentir dor, aliás, a dor faz parte da vida, faz parte do nascer. Não tema isso, sério, não foque nisso, pois no parto normal existe dor, na cesárea existe dor, no parto natural existe dor. (Ana S.)*

*Patrícia (a doula) me olha no fundo dos olhos e com muita força me diz “você não precisa (de anestesia), você consegue”. Olho para ela e digo que está doendo demais e ela novamente, cheia de amor e carinho, me olha e diz baixinho “é dor de vida, é dor de vida!” (Michelle)*

Por mais paradoxal que seja, nos parece que, ao dizer que essa era uma “dor de vida”, essa doula estava atentando para os processos de morte, de limitação humana. Viver dói, pois toda ação implica uma perda. Essa foi uma forma de a profissional oferecer sentido à dor da parturiente que a amparou e possibilitou que simbolizasse o que estava sentido. É neste sentido que o ambiente pode ser favorável ou desfavorável e impactar na intensidade da dor, como assinalam Zveiter, Progianti e Vargens (2005). Tendo amparados os seus sentimentos diante da dor, o andamento do trabalho de parto tende a se desenrolar de forma mais fluida.

*As mãos da Patricia e do Alexandre foram massacradas pelas minhas mãos, ávidas por um porto seguro, um lugar onde a dor não existisse. (Michelle)*

Os intervalos entre uma dor e outra, ou os momentos que sucedem o parto, são períodos em que há retomada da continuidade de ser, tanto da gestante como do bebê. Para o bebê, são, como postula Winnicott (1949/2000), momentos posteriores à vivência de intrusão, nos quais não precisa mais reagir, constituindo-se em momentos em que o “eu pode começar a ser” (p.264). Para as mães, entendemos que a experiência da dor como algo transitório e passível de esquecimento advém do fato de terem vivenciado experiências de parto nas quais a intrusão ambiental não foi excessiva, e em que foi possível, logo após a expulsão, retomarem a continuidade do ser sem marcas traumáticas.

*Outra coisa: não importa o tamanho do seu bebê, o quanto vocês se prepararam pra essa hora ou quanto exercício você fez. Vai doer, e vai doer um monte. E na hora da contração essa dor é esperada e necessária, e por mais que pareça um contrassenso, essa dor para a mulher é extremamente recompensadora. Talvez não no momento da expulsão, mas quando você pegar o bebê no colo tudo vai passar. Não me peça pra explicar isso. Eu também não entendo. Só sei que é assim. (Leandro)*

*Sempre ouvi falar que toda a dor do parto é esquecida depois do nascimento do bebê e achava que isso era blá blá blá de mãe apaixonada pelo próprio filhote. Mas é a mais pura verdade, deve ser algo do cérebro mesmo. Toda a dor é imediatamente apagada da nossa memória no momento em que o bebê nasce, achei isso impressionante. Se eu tivesse que passar por todo o trabalho de parto novamente no mesmo dia, passaria sem problema nenhum. (Fernanda)*

Consideramos o parto como promotor de vivências emocionais muito profundas, podendo constituir-se como fonte de simbolização de dores emocionais experienciadas por mães e pais desde a mais tenra infância. É um ritual em que os pais renascem junto com os filhos, sendo, portanto, uma oportunidade de ressignificarem seus próprios nascimentos, o que se torna primordial em casos de vivências traumáticas de parto. Porém, muitas famílias ainda têm sido vítimas de violência obstétrica no Brasil, tendo a temporalidade do parto desrespeitada,

principalmente por questões financeiras, já que partos rápidos são menos dispendiosos para a equipe e geram mais lucro para o hospital. Nesses casos a vivência da dor geralmente também é desrespeitada, ou é tratada de forma ríspida, por meio de frases típicas como “na hora de fazer gostou, agora aguenta!”, ou com administração de anestésicos na tentativa de que a dor seja excluída do processo de parturição.

## 7.5. Violência obstétrica

Violência obstétrica é um termo cada vez mais utilizado para designar experiências de parto desrespeitosas e/ou abusivas. Como já explicitado, diferentes autores propõem diferentes conceituações para o termo, e no Brasil não temos uma legislação específica que proteja as parturientes contra esse tipo de violência. Contudo, alguns documentos internacionais (Argentina, 2004; Venezuela, 2007; OMS, 2014) e diversos artigos científicos (Tesser et al., 2015; Dias-Tello, 2016; Sadler et al., 2016; Oliveira e Merces, 2017; Zanardo et al., 2017) abordam o tema da violência obstétrica e vêm propondo compreensões acerca do que seriam práticas violentas na assistência ao parto. Nos relatos analisados, a denúncia da violência obstétrica se fez presente nos discursos de cinco mães: Gisele, Gabriela A., Rebeca, Karoline e Ana D.. Nos relatos paternos, contudo, não apareceram relatos de violência durante o parto. Observamos que nos relatos de três dessas mulheres que se sentiram violentadas – Gisele, Gabriela A. e Rebeca - o acompanhante foi barrado, o que parece ter potencializado vivências de desamparo. No relato da Ana D. o acompanhante não foi mencionado e no relato da Karoline consta que o pai foi chamado para ver o filho depois que ele já tinha nascido, não tendo sido, portanto, uma referência para a parturiente ao longo do parto.

*Passei as piores 9 horas da minha vida sozinha naquele hospital, internada sem ninguém ao meu lado. (...) Entrei aos prantos no centro cirúrgico. Perguntei pelo meu médico e não tive resposta. Eu não conhecia aqueles rostos que estavam me operando. (...) Passei mal a cirurgia inteira. NÃO DEIXARAM meu marido entrar para a cirurgia. (Gisele)*

*Eu senti frio, medo, vergonha, me senti exposta e abandonada. Não fazia ideia de onde estava o meu marido, não sabia o que ia acontecer comigo e com a Paulinha, não sabia se veria a minha pequena, se sairia de lá com ela... Tudo foi tão rápido, exatamente como eu temia, eu sozinha num*

*hospital, longe do meu marido, com uma médica ríspida que não me passava segurança e só aumentava o meu medo. (Gabriela A.)*

Apesar de a presença de um acompanhante durante o parto ser garantida por lei desde 2005 (Lei Federal nº 11.108), como já explicitado, muitos hospitais ainda proíbem a entrada do acompanhante, o que contribui para o aumento do medo experimentado por muitas mulheres durante o nascimento de seus filhos (Tesser et al., 2015). Trabalhos como os de Davis-Floyd (2001), Silva et al. (2012) e Andrade et al (2017), apontam para a importância do acompanhamento de uma pessoa de confiança da parturiente para lhe proporcionar apoio e segurança, o que diminui o risco de complicações durante o parto. Os autores ressaltam que a presença do acompanhante contribui para que o parto seja vivenciado como uma experiência positiva e prazerosa e não se torne traumático. Nesse sentido, é fundamental que a equipe esteja sensibilizada a respeito da relevância da presença do acompanhante para a parturiente, garantindo informação e suporte emocional para ambos ao longo do parto.

Sem acompanhante, tendo somente os profissionais como apoio, muitas vezes as mulheres se submetem às recomendações médicas durante o parto. A submissão geralmente se dá por medo, associado à confiança creditada ao saber médico, alimentada pela insegurança em relação à fisiologia do parto que foi sendo cultivada nas últimas décadas. Em pesquisa sobre a percepção acerca da violência obstétrica pelas parturientes, Oliveira e Mercedes (2017) constataram que, a fim de se protegerem da violência institucional, as mulheres se calam diante da dor, uma vez que há o pressuposto de que se a parturiente permanecer quieta, ela será mais bem assistida.

Inconscientemente, ao mesmo tempo em que há o impulso ou o desejo de fugir diante da angústia edípica revivida no parto, como explicitado por Bydlowski (2000), é possível que muitas mulheres se submetam aos médicos na tentativa de expiar a culpa edípica, como postulou Ávila (1998). Nos relatos das mulheres que se sentiram violentadas durante o parto, a submissão à equipe médica apareceu como um dos componentes promotores de sofrimento.

*A partir daquele momento, senti como se eu já não estivesse mais lá. Senti um medo, um desespero tão grande, uma angústia, eu nunca me senti tão só quanto naquele dia. É como se eu tivesse entrado no automático, não*

*questionava, não recusava, apenas fazia o que me falavam. Por dentro eu tinha vontade de chorar, gritar, pensei até em fugir de lá, queria pedir uma explicação, um parto natural, pedir pra falar com o meu marido, mas não me senti à vontade pra falar com ninguém da equipe. (Gabriela A.)*

Assim como as parturientes, os profissionais que assistem o parto também têm suas vivências edípicas atualizadas pelo nascimento. Há de se supor que tais profissionais também precisem encontrar defesas contra as representações sexuais no momento do parto. Contudo, por desconhecerem os aspectos emocionais inerentes ao nascimento e pela frequente ausência de profissionais capacitados para amparar emocionalmente a parturiente, muitas vezes a forma de se protegerem da angústia edípica evocada pelo parto é devolvendo de forma bruta, violenta, os conteúdos neles depositados.

Bydlowski (2000) ressalta o aspecto fálico do parto, atentando para a potência da mulher que é capaz de gerar a vida e ter um bebê saindo de sua vagina, como um falo emergente. Para quem assiste, tal fato suscita representações edípicas de sua própria castração, o que pode gerar raiva diante da suposta plenitude da parturiente e desencadear reações violentas, invasivas, na tentativa de castrar a potência feminina. Rebeca, por exemplo, narra uma experiência de invasão por parte de um médico similar a um estupro.

*(...)senti como se ele tentasse com força enfiar a mão dentro da minha vagina, eu reclamava muito e ouvia uns fora do tipo: 'cala a boca, você quis parto normal agora aguenta'. (Rebeca)*

*Eu fui ficando cada vez mais tensa com esse ambiente hostil, quando chegou a minha vez de ser examinada. Após algumas perguntas rápidas, a médica me deu um toque bruto e grosseiro, e anotou na folha que eu deveria subir pra internação. (Karoline)*

Outra forma de os profissionais de saúde se protegerem das angústias edípicas inerentes ao parto, sendo uma defesa contra as representações sexuais, é realizarem procedimentos técnicos como anestesia, episiotomia ou cesariana. Dessa forma, mascaram o caráter sexual do evento, sendo ativos durante o processo. A episiotomia, descrita por Bydlowski (2000) como uma forma de castração da potência feminina no parto, apareceu no relato de algumas mães como uma vivência de violência obstétrica.

*Sentia uma fome e uma sede absurda, estava tão fraca, a boca totalmente seca, me contorcendo de dor quando senti uma lâmina me rasgando. Imediatamente eu perguntei que porra era aquela, se ele tinha me cortado, porque eu senti uma dor absurda e parecia que era um mega talho da vagina até o ânus, essa era a sensação que eu tive na hora. Ele não respondeu absolutamente nada. (Rebeca)*

A episiotomia abrevia o momento de maior plenitude feminina, no qual o bebê emerge da vagina da mulher e, por conseguinte, abrevia também o acesso a essa representação de ser potente, não castrado, estando mais a serviço de quem assiste o parto do que do bebê e da parturiente. O procedimento consiste, nesse sentido, em uma forma de castração feminina, que, como há de se imaginar, potencializa a ansiedade de castração já experimentada pela parturiente. Da mesma forma, a cesariana evita o contato com as representações sexuais do parto, desassociando nascimento e vagina e abreviando o processo (Bydlowski, 2000).

*É estranho descrever o que eu senti. Acho que porque eu simplesmente não senti nada, nem física nem emocionalmente. Foi como se eu estivesse em outro lugar, bem longe dali. Levantaram aquele pano, amarraram os meus braços e tudo começou. Fiquei com medo que machucassem a Paulinha, nós estávamos sozinhas e eu nem podia ver o que ia acontecer. (Gabriela A.)*

*Sofri horrores com uma dor insuportável na barriga devido à manobra de Kristeller durante a cesárea. A minha recuperação da segunda cesárea foi muito pior do que a primeira. Eu me sentia impotente e responsável por aquilo, mas não sabia o porquê. (Gisele)*

Quando Gabriela A. diz que era como se estivesse em outro lugar, longe dali, nos indagamos sobre a possibilidade de, diante de um ambiente hostil, essa parturiente ter precisado se valer de uma defesa primitiva, tal como a dissociação ou o isolamento, para proteger seu psiquismo. Como assinalou Soifer (1980), ansiedades e fantasias edípicas são revividas no parto, tais como a ansiedade de castração e a fantasia de punição pela sexualidade. Quando o ambiente reitera tais fantasias, parece ser necessário que a parturiente reorganize suas defesas, muitas vezes ativando defesas de natureza mais primitiva, o que dá origem a experiências traumáticas, como assinalou Winnicott (1970/1994). Nos fragmentos abaixo, Gabriela A. e Karoline aparentam ter experimentado a reiteração da fantasia de punição pela sexualidade, além de sofrerem efeitos de preconceitos por parte dos

profissionais de saúde relacionados à idade, à condição socioeconômica precária ou à etnia.

*A médica fazia comentários desagradáveis pra mim, falando do tamanho da minha barriga que era muito pequena, “isso não é barriga de 37 semanas, seu filho tá desnutrido, mas adolescente é assim mesmo, fica sem comer e nem pensa que pode matar o filho de fome” (...). Me senti muito mal com aqueles comentários, mas não respondi nada... (Gabriela A.)*

*Quando ela (outra parturiente) finalmente saiu pra sala de pré-parto, a médica relatava à enfermeira, em tom de desdém: "Ai, essa aí com certeza estava drogada. Fedia. Vai sofrer lá em cima, tomara que esteja bem cheio.". Ela desejava que ela sofresse mais num pré-parto lotado. Na minha frente, logo após, havia uma senhora angolana com o bebê já quase coroando numa cadeira, enquanto a enfermeira lentamente media a sua pressão como se nada estivesse acontecendo. As médicas, de dentro da sala, riam do modo como ela gemia com as dores do parto. (Karoline)*

Como já explicitado, de acordo com declaração da OMS (2014), adolescentes, mulheres com HIV, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível socioeconômico, mulheres de minorias étnicas ou imigrantes tendem a vivenciar com mais frequência situações de violência obstétrica nas quais são abusadas, desrespeitadas e/ou maltratadas. Nos relatos das parturientes, os maus-tratos com mulheres adolescentes, de outras etnias, e de nível socioeconômico baixo se fez presente, corroborando o documento da OMS.

*Minha mãe tratou logo de me mandar limpar e lixar os pés e limpar possíveis "cascões" do pescoço: não interessava se eu estava com a bolsa rota, o importante era não estar com os pés sujos (prioridades, rs). Parece idiota - e na hora eu achei mesmo - mas a 'prioridade' dela tinha um fundo muito real: ela não queria que enfermeira nenhuma me achasse "favelada", porque sabia que se isso acontecesse, eu seria maltratada. (Karoline)*

Além da fantasia de punição pela sexualidade, a fantasia de ter roubado o filho do ventre da própria mãe (Winnicott, 1965/1975), e a conseqüente ansiedade de perda (Soifer, 1980) pela vingança materna, são comumente reativadas pelo parto. No relato das mães, a separação de seus filhos imediatamente após o parto foi vivida como uma violência. É possível que essas mães tenham vivenciado tais separações como a concretização da vingança materna, no sentido de promoverem

o sentimento de ter seu filho “roubado”, tal como, inconscientemente, teriam feito com as próprias mães.

*Pedi pra vê-la de perto, a pediatra trouxe “pra dar um cheiro na mãe”, eu quis tocá-la, mas os meus braços estavam amarrados e ela foi levada. Tive medo que fizessem algo ruim com ela. (Gabriela A.)*

*Apesar de chorar vigorosamente, o Gael nasceu com insuficiência pulmonar. Eu lembro que colocaram ele ao lado da minha cabeça durante poucos minutos, tiraram ele, e quando estavam preparando ele para a incubadora eu perguntei “não pode ficar nem mais 2 segundos? Eu quero ver ele de novo, foi tão rápido!”. Até hoje não sei se foi pela saúde do Gael ou foi mais um episódio de violência obstétrica; só sei que meu pedido foi negado e tive que ver meu filho pela última vez naquele dia saindo dentro de uma incubadora enquanto eu estava deitada. (Karoline)*

Assim como a OMS (1996) e o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), Andrade et al. (2017) ressaltam que, de acordo com o ideal de humanização do parto, os cuidados com o recém-nascido devem ser executados sempre de forma a estimular o vínculo afetivo entre mãe e filho, proporcionando o contato pele e pele durante as primeiras horas de vida, bem como o aleitamento imediato. Gabriela A., Karoline e Ana D. relatam experiências opostas ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde e pela OMS, em que os cuidados neonatais promoveram o incremento dos medos e das fantasias que geralmente já são experimentados inconscientemente pelas parturientes.

*Fiquei esperando pelo meu filho e nada. À 01h00 da manhã me trouxeram meu bebê “sonado” para a primeira mamada no seio (já havia tomado fórmula, claro) e a enfermeira que veio me “auxiliar” com a pega correta perguntou: “você trouxe bico de silicone? Então põe, porque seu filho não vai pegar um mamilo desse jeito, seu seio não foi feito pra amamentar.” (Tenho bicos planos) (Ana D.)*

Apesar de ser uma experiência difícil de ser definida por terceiros, como já assinalaram Simpson e Catling (2016), nos parece que o termo violência obstétrica utilizado nos relatos analisados nomeia experiências traumáticas de parto, uma vez que aponta para a presença de uma intrusão ambiental tão significativa que afeta a “continuidade de ser” (Winnicott, 1949/2000) das parturientes, levando-as a reorganizarem suas defesas a fim de se protegerem de um ambiente intrusivo. Em um momento de vulnerabilidade emocional, no qual precisavam de constância e

previsibilidade por parte do ambiente, se depararam com um ambiente que desampara e reitera suas angústias e fantasias primitivas. Nesse sentido, entendemos que a violência obstétrica é propulsora de experiências traumáticas de parto que, como apontam Blainey e Slade (2015) e Simpson e Catling (2016), podem resultar em Estresse Pós-Traumático, além de outras repercussões na saúde mental materna, no desenvolvimento da criança, na percepção materna sobre o filho, no vínculo conjugal, na amamentação, ou no desejo por outros filhos. Nos relatos analisados, as experiências traumáticas de parto tiveram repercussões na vinculação mãe-bebê no pós-parto e no desejo por outros filhos.

*Eu levei um tempo até me sentir próxima da minha filha novamente. Tive depressão pós parto, sofri muito nos primeiros meses, sentia uma angústia enorme ao lembrar de tudo e só conseguia chorar, me culpar, ficava tentando me convencer de que tinha sido uma boa experiência, às vezes me forçava a parecer feliz e satisfeita na frente dos outros... (Gabriela A.)*

*Eu só sei que a única certeza que eu tinha naquele momento, era de que não teria outro filho jamais. Não tinha condições psicológicas e físicas de encarar uma nova cesárea e muito menos toda violência psicológica e física pela qual eu e meu bebê havíamos sido submetidos...(Gisele)*

Assim como no estudo de Blainey e Slade (2015) - no qual as mulheres entrevistadas apontaram para os relatos de parto online como uma forma de elaboração da experiência traumática, principalmente pela possibilidade de conferir um sentido à experiência vivida, ajudando outras mulheres -, algumas das mães que escreveram os relatos analisados no presente estudo deixaram claro que o fizeram com o intuito de disseminar informação sobre violência obstétrica, e de que outras mulheres, munidas de informação, pudessem ter experiências de parto diferentes das suas. A necessidade de maior visibilidade acerca da violência obstétrica foi assinalada por algumas dessas mulheres.

*Uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência obstétrica antes, durante ou após o parto. Infelizmente isso já é até esperado, considerado normal por muitas delas, algumas já vão pra maternidade sabendo que “não podem chorar, gritar ou reclamar”, senão serão maltratadas. Muitas sofrem, poucas falam. Tem vergonha de se sentir mal pelo dia do parto, que deveria ser um dia de alegria, orgulho. Tem medo de falar algo contra os médicos e hospitais. Decidem seguir em frente, deixando passar o abuso. (Gabriela A.)*

*(...) de uma coisa eu tenho certeza: o debate sobre violência obstétrica ainda tem muito o que crescer. Ele tem que chegar no Maria Amélia, no Carmela Dutra, na Leila Diniz. Ele tem que chegar na favela. As pessoas tem que entender que forçar cesárea é errado, mas forçar parto normal também. E principalmente: eu sou uma em um milhão de mães que tiveram sua escolha violada. Meu filho poderia não ter nascido. E isso é um absurdo. Olhem pras mães. Perguntem sobre a vida delas. Vocês vão encontrar tanta coisa numa história de parto, talvez, que dê até tema de monografia. (Karoline)*

*Quantas famílias sofrem ou já sofreram por causa de violência obstétrica? Até quando isso vai continuar?? (Gabriela A.)*

*Tomara que um dia a academia dê essa atenção toda à violência obstétrica da mãe pobre. (Karoline)*

A escrita dos relatos de parto, com a tradução em palavras de experiências tão dolorosas, aponta para tentativas de elaboração do evento traumático por parte dessas mães. Algumas demoraram anos para conseguir escrever seus relatos, o que deflagra o caráter traumático da experiência e a dificuldade de simbolização da mesma.

## **7.6. Desinformação e apoio virtual**

É cada vez maior o número de relatos de parto publicados online. No Brasil os relatos femininos aparecem em quantidade significativamente maior, mas os relatos paternos também vêm sendo cada vez mais compartilhados. Muitos dizem ter passado por momentos difíceis durante o pré-natal devido à falta de informação para lidar com o cenário tecnocrático de parto. É comum que pais e mães se deparem com informações referentes ao parto somente quando engravidam e, em meio a tantas angústias e transformações, a busca por um parto humanizado se torna mais um estressor.

*Lá fui eu pesquisar tuuuudo sobre parto normal. Aprendi um pouco sobre o parto “natural”, que, até então, nunca tinha ouvido falar. Fiz curso de gestante, conversei com a médica, conversei com muita gente. Queria saber/ler o relato de parto de todo mundo. (Alessandra)*

É muito comum também que mães e pais não busquem informações sobre o parto ao longo da gestação por acreditarem que é um evento fisiológico e que, portanto, o bebê sairá naturalmente. Oliveira e Mercês (2017) constataram o desconhecimento das puérperas por elas entrevistadas em relação à violência obstétrica, concluindo que, por desconhecimento e desinformação, não se davam conta da violência sofrida por elas, como se tais práticas fossem intrínsecas ao processo de parturição. Nesse sentido, as autoras ressaltam a importância da educação em saúde no pré-natal. Em alguns dos relatos analisados, a falta de informação ficou evidente, denotando a precariedade da educação em saúde durante a gestação.

*Durante a gestação eu passei a maior parte do tempo lendo sobre o desenvolvimento do bebê na barriga, enxoval, primeiros cuidados com o bebê, conversava bastante com outras mães, mas não me informei sobre o parto... Não me preparei pra isso porque pensava que por ser algo natural, bastava ir ao hospital na hora certa e o meu corpo e a natureza fariam o resto.(Gabriela A.)*

*A convicção era tanta de que parto normal é normal, ou seja, não precisa de nada – ele deve acontecer naturalmente, que não me informei, não questionei os 5 obstetras pelos quais passei, não me preparei. (Gisele)*

Autores como Leão et al. (2014), Tesser et al. (2015) e Andrade et al (2017) apontam para a importância da orientação e da garantia de informação à gestante com o intuito de garantir sua autonomia e protagonismo no processo do parto para que o cenário epidêmico de cesarianas seja revertido. Contudo, em pesquisa sobre a escolha do tipo de parto pelas gestantes, Santana, Lahm e Passoni (2015) ressaltaram que para algumas das gestantes por eles entrevistadas a orientação médica que tinham recebido favoreceu a opção por cesarianas eletivas, enquanto outras relataram não saber ainda que tipo de parto desejariam devido a dúvidas por falta de informação. Tanto os resultados dessa pesquisa como os apontados por Domingues et al. (2014), ressaltaram que muitas vezes as mulheres optam pela cesariana devido à falta de informação ou mesmo pelas informações sem embasamento científico transmitidas pelos profissionais de saúde, o que aumenta o medo e a insegurança relacionados ao parto. Em consonância com esses estudos, pesquisa realizada por Zambrano et al. (2003) destacou o medo das gestantes em relação à dor do parto, a desinformação e a assistência inadequada no pré-natal

como principais fatores determinantes das cesarianas eletivas. Nos relatos analisados na presente pesquisa, a opção por cesariana devido ao medo e à falta de informação também apareceu, corroborando os resultados apontados nos estudos acima referidos.

*Com pouca informação “no bolso” e com medos enormes “no coração”, escolhi o parto cesárea. Pronto, bastava que eu seguisse a tradição e aguardasse pelo “parto tranquilo”. (Mari)*

Por outro lado, quando o casal está informado, é necessário que sustente a “escolha” pelo parto vaginal nos mais diferentes círculos sociais nos quais se insere, o que torna essa jornada extremamente desgastante. Tal fato se fez evidente no discurso do Michel, por exemplo, que apontou para a necessidade de sustentar a responsabilidade de discordar de uma “multidão” contrária ao parto vaginal.

*Como se não bastasse ter enxergado a armadilha e encontrado o caminho seguro, eu ainda tinha que convencer a família e amigos de que fazíamos o correto, e mais do que isso, tive que lidar com a responsabilidade de discordar de uma multidão recomendando em favor da cesariana eletiva. (Michel)*

A falta de informação e o medo de perguntar sobre os processos que serão realizados na evolução do trabalho de parto são apontados por Zanardo et al. (2017) como fatores relevantes na experiência da violência obstétrica. Segundo os autores, não é incomum que as mulheres se conformem com a exploração de seus corpos e aceitem situações incômodas e/ou invasivas sem reclamar.

A opção por cesariana, parto normal ou parto natural hospitalar ou domiciliar se dá a partir do conhecimento que o casal tem sobre o assunto e das informações fornecidas pelos profissionais de saúde que acompanham os pais durante o pré-natal (Santana, Lahm & Passoni, 2015). Como as informações fornecidas pelos profissionais no Brasil muitas vezes são atravessadas por interesses econômicos (Aquino, 2014, Zanardo et al., 2017), é preciso que os pais estudem/busquem informações por conta própria. Nos relatos analisados ficou clara a necessidade de busca por informações em outras fontes que não os profissionais de saúde.

*Passei a ler diversos livros sobre parto, gestação, paternidade e me informar cada vez mais sobre o empoderamento da mãe, o respeito ao fisiológico, as diversas intervenções desnecessárias e os mitos da gestação. (Guilherme)*

*Fui um daqueles pais dedicados, baixei aplicativos, li livros, assisti documentários, fui atrás de informações e até mesmo procurei reuniões de “pais de primeira viagem” para ajudar da maneira que eu podia. (Fernando)*

*(...) descobri que o parto cesárea aumenta o risco de alergias. Só com esta informação, já sinto que deveria ter tentado o parto normal. Mas, não me culpo, pois não “estudei” sobre os tipos de partos quando estava grávida. (Mari)*

*As repreensões que recebemos ao contar que pretendíamos ter um parto natural fizeram com que buscássemos o maior número de informações possíveis não só sobre o momento e forma do nascimento de nosso bebê, como também sobre como nos preparar para o parto. (Cristiano)*

A partir da dificuldade que encontram na obtenção de informações, muitos homens e mulheres têm publicado relatos de parto online com o intuito de garantir a disseminação de informações acerca do parto e contribuir para a transformação do cenário de assistência ao parto no país. Tanto aqueles que tiveram experiências positivas de parto como aqueles que tiveram experiências traumáticas parecem buscar compartilhar seus relatos com esse intuito. No estudo de Blainey e Slade (2015), em que investigaram a experiência materna de escrever e compartilhar online relatos de partos traumáticos, as autoras constataram que a escrita proporciona empoderamento, uma vez que permite que as mulheres sejam autoras e protagonistas em uma experiência na qual se sentiram silenciadas. As autoras também constataram que ajudar outras pessoas por meio de sua escrita, garantindo-lhes acesso à informação para que não passem pela mesma situação, é uma forma de dar um significado positivo à experiência traumática. Ao encontro do que foi postulado por Blainey e Slade (2015), na presente pesquisa também ficou evidente que a escrita dos relatos possibilitou elaboração da experiência no caso de mães que passaram por partos traumáticos.

*Ninguém sabe como eu me senti porque eu escolhi guardar tudo só pra mim. Mas agora resolvi compartilhar. Não tenho porque ter vergonha de tudo que passou, eu não estava errada. E desabafar faz um bem enorme, era disso que eu precisava pra me sentir melhor. (Gabriela A.)*

*O relato de parto não deve servir apenas pra emocionar, mas também para criticar e mostrar a realidade, principalmente em algo que é tão romantizado como a maternidade. (Karoline)*

*Dói contar, mas ao mesmo tempo liberta, pois posso, através desse relato, informar mulheres para que não passem pelo mesmo tipo de violência que eu sofri. (Ana D.)*

Nos relatos de parto analisados foi possível perceber o endereçamento ao outro, característico da escrita em blogs (Arteiro, 2017). Como apontam Lupton (2016), Arteiro e Passos (2016) e Arteiro (2017), os blogs têm servido como redes de apoio contemporâneas para as mulheres que vivenciam essa etapa do ciclo vital. Essa ferramenta possibilita a construção de uma enorme comunidade na qual se constroem saberes a partir da troca de experiências. Nos relatos analisados pais e mães se reportaram aos seus leitores, dando conselhos e disseminando as informações que obtiveram durante sua vivência acerca do parto.

*Enfim, mulheres, Deus nos deu o poder e a oportunidade de parir naturalmente! Aproveitem esta chance, porque parir é algo divino, sagrado. Não tenham medo porque nós podemos sim! Pesquisem bastante sobre parto durante a gravidez e permitam ao seu bebê o direito de nascer na hora que ele achar melhor, que estiver pronto para vir a este mundo, se não houver grandes problemas na gravidez. Pensem bem antes de optar por uma cesárea eletiva apenas “para se livrar da dor” e desconfiem do obstetra que alega falta de dilatação, pouco líquido, circular de cordão, placenta envelhecida e outros mitos (cesárea é uma cirurgia e toda cirurgia envolve riscos, tanto pra você quanto pro bebê) e muito cuidado com os obstetras que dizem fazer parto normal, pois eles podem interferir no seu parto de forma desnecessária, invasiva e violenta. E, se vocês optarem pelo parto natural, não se importem com aqueles que vão chamar vocês de loucas, retrógradas e inconsequentes (pois vão mesmo), vão em frente e lutem por isso. Vocês não vão se arrepender. (Juliana)*

*E aqui eu queria deixar meu primeiro conselho: Você vai servir, não porque é o melhor, mas porque é o que tem pra hoje. Então não se compare com os caras que dançam com as mulheres, que tocam cítara, que fazem massagens xantônicas nos pontos neurais, que conversam horas e horas com a barriga das companheiras e com seus respectivos bebês. Tudo isso pode ser importante, mas fundamental mesmo é você estar lá. Segurar na mão dela e, do seu jeito, mostrar pra ela que você comprou a ideia e que tudo vai dar certo (mesmo que você esteja se borrando de medo por dentro). (Leandro)*

Conforme apontam Arteiro (2017) e Arteiro e Passos (2016), a maternidade tem passado por grandes transformações desde a inserção das mulheres no mercado de trabalho. Não só a mãe da mãe perdeu seu lugar de principal acompanhante no parto para o pai (Szejer & Stewart, 1997), como vem deixando de ser a principal fonte de transmissão de saberes para aquelas que se tornam mães. Giddens (2012) discorre sobre as mudanças ocorridas na sociedade na transição para o período pós-tradicional em que estamos inseridos. Segundo o autor, na atualidade a tradição perde espaço para as escolhas individuais, o que resultaria em mudanças nos referenciais identificatórios. Nesse sentido, se os saberes verticais – provenientes das gerações anteriores – não são mais tão valorizados, uma vez que é preciso romper com o tradicional, a transmissão vai se tornando mais horizontalizada. Os blogs possibilitam rede mundial de transmissão de experiências dentro de um mesmo contexto histórico, possibilitando enorme gama de informações provenientes de pares geracionais.

*Para você que está nesta reta final de gestação, próximo a participar desta empreitada final, deixo aqui o meu sincero incentivo: ACREDITE em vocês! CONFIE que tudo vai dar certo! Não deixe ninguém tornar o sonho de vocês em um pesadelo! Batalhe, brigue, siga o seu coração! E mesmo que este SISTEMA tente te corromper seja FORTE! Afinal de contas este é o seu momento... o momento de sua família, um momento que sua mulher idealizou por tanto tempo... e principalmente o momento da sua filha! E pra nós, pais, só nos resta estar lá pra elas... (Fernando)*

*(...) aí vem um pedido que eu faço para as mulheres que estão lendo estas linhas: Nessa hora nos ajudem e sejam claras, tipo: “Eu me sentiria muito melhor, se você fizesse ISSO pra mim”. Nem que ISSO, seja pegar um pedaço da lua e trazer pra hora da janta. Conversem sobre qual papel você espera que seu companheiro desempenhe no momento do parto. (Leandro)*

*Meu único conselho: faça aquilo que o seu coração mandar, se informe muitoooo sobre o assunto, tenha coragem, confie no seu potencial e em Deus que o resto acontece naturalmente! (Ana S.)*

Os relatos de parto paternos têm sido cada vez mais frequentes. Contudo, muitos são compartilhados em blogs de maternidade, uma vez que o número de blogs de paternidade ainda não é tão expressivo. Nos relatos dos homens também foram frequentes a disseminação de informações e os conselhos para outros pais e mães que ainda passarão pelo parto.

*(...) o parto é provavelmente um dos acontecimentos mais sensacionais que acontecerão na sua vida. Não deixe de participar. Não deixe de parir junto. Não existe o próximo filho, o próximo parto. Cada parto é único e deve ser apreciado assim, seja em casa, no hospital ou na selva. (Thiago)*

*Apesar de ter pensado algumas vezes em escrever sobre o parto da Alice do meu ponto de vista, acabei nunca tendo uma motivação suficientemente forte, até porque não tinha onde escrever (já que desisti de ter blog muito tempo atrás). Mas acho que agora estou pronto pra falar de outubro de 2013. (Rafa)*

Podemos pensar que a profusão de blogs sobre maternidade seja consequência das transformações vivenciadas pelas mulheres nas últimas décadas. Com a inserção das mulheres no mundo público, a vida privada familiar começou a sofrer alterações, proporcionando primeiramente reinvenções na maternidade e, alguns anos depois, transformações também na paternidade. Nesse sentido, compartilhar online experiências referentes à maternidade pode ser uma forma de inscrever a maternidade, outrora restrita ao privado, no âmbito público. Para os homens, compartilhar online experiências acerca da paternidade implica no compartilhamento de sentimentos, o que também é consequência das recentes transformações no lugar do pai. Dessa forma, a escrita em blogs a respeito da parentalidade aponta para o fato de que, ainda que de formas diferentes, cada vez mais homens e mulheres transitam entre as esferas pública e privada no que se refere às vivências de experiências familiares.

### **7.7. Escolha ou autonomia?**

As noções de autonomia, liberdade, escolha e desejo, próprias da sociedade contemporânea discutida por autores como Elias (1987/1994), Hall (1992/2015), Bauman (2001), Castells (2010/2018) Giddens (2012), Santos (2013) e Honneth (2015), ficaram evidentes nas falas dos sujeitos. A palavra escolha apareceu diversas vezes nos relatos de parto de pais e mães, geralmente relacionada ao tipo de parto. Cesárea, normal, natural. Será essa de fato uma escolha? A cesariana é, ou deveria ser, um recurso médico para complicações no parto. As intervenções realizadas no parto normal também são recursos para possíveis complicações e, portanto, tampouco deveriam ser passíveis de escolha. Neste sentido, o parto natural

também não seria escolhido, posto que é a via de parto indicada para gestantes saudáveis.

Porém, as próprias concepções de baixo risco, médio risco e alto risco, utilizadas nos serviços de saúde para determinar a estrutura necessária para atendimento, pressupõem risco em todos os partos, mesmo naqueles em que as mulheres e os bebês estão 100% saudáveis (Genp, 2005). Tal fato contribui para a disseminação do modelo tecnocrático de assistência, e para a manutenção do entendimento da cirurgia cesariana como bem de consumo (Aquino, 2014), sendo, portanto, algo passível de ser adquirido de acordo com o desejo de cada um.

*Eu acredito que cada mulher DEVE TER O DIREITO DE ESCOLHER, seja cesárea ou parto normal e não ser julgada por isso. (Ana S.)*

Ao discutirem sobre a ideia de escolha, Bauman (2001), Giddens (2012) e Santos (2013) ressaltam a obrigatoriedade da escolha individual na atualidade, uma vez que, em geral, a atividade social vem sendo pautada por decisões individuais e não mais pelas tradições. Segundo Giddens (2012), além de serem obrigatórias, as escolhas são submetidas a relações de poder preexistentes, que determinam as opções possíveis em cada contexto. Portanto, a lógica social regida pela tomada de decisões não deve ser identificada ao favorecimento do pluralismo, mas sim a um meio de poder e estratificação. No caso do parto, o fato de o índice de cesarianas ser muito maior nos serviços privados do que nos públicos, por exemplo, aponta para tal estratificação. Ou seja, nem todas as mulheres podem “escolher” uma cesariana, só aquelas com poder aquisitivo para tal.

A lógica social em que as tradições perdem espaço proporciona também a perda de referenciais identificatórios, que promovem ancoragem para os sujeitos a partir de uma clara ligação entre passado, presente e futuro, proporcionando senso de continuidade. Uma vez que a ancoragem social é propulsora de autonomia, no sentido winnicottiano do termo, estabelece-se, então, um paradoxo contemporâneo, como já apontado por Mizrahi e Garcia (2007): o crescimento da liberdade individual apregoada é inversamente proporcional à perda de referenciais identificatórios. Ou seja, quanto menos referenciais identificatórios, quanto menos ancoragem social, mais desamparados se tornam os sujeitos e, conseqüentemente, menor grau de autonomia poderão alcançar.

*As pessoas tem que entender que forçar cesárea é errado, mas forçar parto normal também. E principalmente: eu sou uma em um milhão de mães que tiveram sua escolha violada. (Karoline)*

Quando Karoline fala sobre ter tido sua escolha violada, somos remetidos a uma experiência em que a parturiente se sentiu violentada devido ao fato de outros terem tomado por ela decisões que ela julgava-se capaz de tomar. Nesse sentido, parece se referir à autonomia que desejaria ter vivenciado no parto. Contudo, como nos aponta Winnicott (1958/1998; 1956/1993), só é possível aceder à autonomia quando se tem um suporte ambiental suficientemente bom que nos proporcione a capacidade de estar só, primeiramente na presença de alguém. No caso do parto, cabe à equipe proporcionar o amparo necessário para que a parturiente possa perceber-se como protagonista do processo, como ser autônomo.

*Escolhemos o parto cesárea, pois por mais tranquila que a minha gravidez estivesse eu não conseguia relaxar, eu estava muito ansiosa (engordei 25 kg -e perdi todos- mas, não façam isso) e a minha família também, decidimos juntos (não que eu concorde com isso, quem deve escolher é a mulher, mas as pessoas viam o meu estado e opinavam) que essa era a melhor opção (naquele momento eu pensava isso). (Ana S.)*

Ana S. estava vivenciando um período de extrema vulnerabilidade, em que precisava de amparo social e emocional para perceber-se como capaz de parir autonomamente. Contudo, na experiência que teve, coube a ela uma escolha, que acabou sendo pautada por medo e ansiedade, pelas marcas do desamparo, como ela assinala no trecho abaixo.

*Meses depois do meu parto eu tive coragem de dizer que eu não gostei do que eu vivi, que esse parto “frio” não combina comigo e foi nesse momento que eu percebi que eu deixei a dor passada, o medo e falta de conhecimento me dominar. Hoje, eu vejo tudo de uma forma muito diferente. E mesmo com todo o conhecimento que eu tenho hoje eu sei que naquele momento eu não conseguiria fazer diferente, ter outra escolha. Só eu sei o medo que eu senti, as lembranças que eu vivi. (Ana S.)*

Por outro lado, Gabriela C., que recebeu amparo da equipe que assistiu seu parto, sendo estimulada a ser autônoma e protagonista no processo, relata a experiência de parto como libertadora, corroborando com o que assinalam Mizrahi

e Garcia (2007) sobre a experiência de liberdade individual estar atrelada ao amparo social recebido.

*Tive vontade de vocalizar todo esse sentimento, e assim o fiz. Eram gritos de dor (sim dói), mas principalmente de liberdade. Eu estava me libertando de todas as dúvidas, das incertezas e aprendendo a olhar o mundo de uma forma mais leve. Sim... toda essa transformação aconteceu ali. Entendi que a vida é mais simples, mais natural e que somos nós, seres humanos que temos a mania de complicar! (Gabriela C.)*

Nos discursos de pais e mães que, como Gabriela C., tiveram experiências de parto nas quais a autonomia feminina foi estimulada pela equipe e pelos familiares, por vezes a ideia de protagonismo no parto também se confundiu com a concepção de escolha, própria da sociedade contemporânea. De acordo com os movimentos de humanização, o protagonismo da mulher no parto seria a atribuição do papel principal à parturiente, com o intuito de que ela perceba a fisiologia do próprio corpo e possa parir seu filho: é a concepção de que quem faz o parto é a mulher e não o médico. Ser protagonista não passa por uma escolha - posto que o parto é um evento com alto nível de imprevisibilidade -, e sim por um posicionamento político de todos os atores envolvidos no parto. É algo previsto nas políticas públicas do país, com o objetivo de garantir a ancoragem dos sujeitos no social e promover autonomia e corresponsabilidade nos processos de saúde.

*Uma outra cena não sairá da minha cabeça: em um determinado momento, minha sogra sentou na cama e a Lia foi até ela. Ficaram lá, as duas, com minha sogra mexendo nos cabelos da Lia, chorando, de emoção, alívio e orgulho da escolha corajosa e empoderada da filha. (Guilherme)*

*Agradeço ao meu marido, que me apoiou na escolha por um parto natural e me acompanhou desde o começo dessa descoberta, mesmo com seus receios. (Juliana)*

*Dormi com a certeza que fiz a melhor escolha da minha vida. Agradecida pela oportunidade de gerar outra vida, de ser mãe novamente, de parir. Feliz por ter tido minha escolha respeitada. (Gabriela C.)*

A ideia de direito de escolha das parturientes apareceu tanto nos casos em que o desejo era pelo parto vaginal, como nos casos em que as mulheres temiam pelo parto vaginal e sentiam-se mais seguras com a realização de uma cesariana. Evidencia-se aqui uma questão de saúde pública no país no que diz respeito ao

parto: o respeito à temporalidade do nascimento deveria ser premissa básica, assim como o respeito aos sentimentos e opiniões das gestantes e dos pais do bebê prestes a nascer. É comum que muitas mulheres tenham medo de partos naturais, pois no imaginário social a cena do nascimento está sempre associada a muita dor, desespero e angústia. Além disso, o nascimento evoca as dores pessoais de cada um, e as feridas por vezes são tão grandes que levam as gestantes a desejarem a cesariana por medo de entrarem em contato com elas. A partir disso, surge a questão: os aspectos psíquicos também deveriam ser considerados nas indicações de cesárea?

*Eu descobri naquele momento que eu jamais teria condições psicológicas para ter outro tipo de parto, eu não teria força, eu não colaboraria. E agradeço muito ao médico que nos acompanhou (Dr. Romar por me questionar – e perceber o nível da minha ansiedade e do meu medo de perder outro bebê- como eu queria viver esse momento e me alertar sobre alguns detalhes importantes nessa caminhada, sem me influenciar em qualquer decisão). Eu acredito fielmente que o sucesso (quando não depende de questões de saúde) de um parto depende muito do estado psicológico e emocional da mãe. (Ana S.)*

Defendemos que tanto aspectos psíquicos como aspectos fisiológicos podem ser indicativos para a realização de uma cesariana. Em alguns casos o mandato inconsciente é tão premente que seria uma violência psíquica para algumas mulheres serem submetidas a partos naturais. Mas é importante ressaltar aqui que não se trata de uma escolha. É preciso oferecer escuta clínica a essas mães que têm medo do nascimento, uma vez que o parto pode ser um processo emocional importante para cuidarem e ressignificarem profundas dores. Ressaltamos a importância de a cesariana ser entendida como uma cirurgia realizada em casos em que há indicação médica, tanto por questões fisiológicas como por questões emocionais, e atentamos para o risco de essa via de parto tornar-se um legado intergeracional (Lebovici & Solis-Ponton, 2004; Solis-Ponton, 2004).

*Escolhi o parto cesárea pois, com exceção do meu primo mais velho que nasceu por fórceps, todos os outros nasceram através de parto cesárea. A minha tia que passou pela experiência do parto por fórceps sempre nos contou que ela não mais teria filhos senão fosse através de parto cesárea. Outra tia nos conta que sua bolsa estourou na gestação do último entre os três filhos, mas que após dois partos cesárea o terceiro só poderia nascer*

*através da cirurgia. Conta minha mãe que no parto da minha irmã a cesárea foi recomendada porque ela não teve dilatação.* (Mari)

Os legados passados de uma geração a outra podem se tornar tradições familiares ou mesmo sociais. As tradições garantem amparo social, e podem funcionar como propulsoras de autonomia dependendo da abertura social existente para que se possa contestá-las. Como assinala Giddens (2012), nas sociedades pós-tradicionais as tradições foram convocadas a se justificar, perdendo espaço para o ideal que apregoa as escolhas individuais. Contudo, a perda dos referenciais identificatórios expõe os sujeitos ao desamparo, dificultando o acesso à autonomia necessária para efetuar escolhas. Tal paradoxo fica evidente no que se refere ao parto, uma vez que muitas mães e pais têm se deparado com a angústia de ter que escolher por uma via de parto sem ter amparo emocional e informações suficientes para compreender que protagonismo feminino no parto depende de amparo social - ao mesmo tempo em que o produz - e que a autonomia da parturiente é decorrente de tal amparo. Ao mesmo tempo, se o questionamento pós-tradicional não pudesse ser feito, é provável que a cesariana passasse a se constituir como via de parto por excelência. Nesse sentido, parece-nos que o ideal de liberdade pautado por escolhas individuais, apesar de desamparar os sujeitos pela perda de referenciais identificatórios, abre espaço para a diferenciação, um dos componentes necessários para a aquisição da autonomia. É possível que as mulheres e os homens que vivenciaram o parto de seus filhos de forma autônoma tenham experimentado a possibilidade de identificações horizontalizadas, e que essas tenham garantido a ancoragem social necessária para os processos de diferenciação.

## **7.8. Nascimento a três**

Nas últimas décadas assistimos a mudanças significativas no que diz respeito ao nascimento. Se antes o parto era restrito ao universo feminino, sendo as mães das parturientes suas principais acompanhantes, agora a presença do pai é quase implícita (Raphael-Leff, 1993; Szejer & Stewart, 1997; Piovesan *et al.*, 2001; Jardim & Penna, 2012). Frequentemente as mulheres desejam que seus parceiros estejam presentes para lhes dar suporte no momento do parto e os homens também têm demonstrado desejo de participação no evento. No Brasil, atualmente a

assistência ao parto consta como direito também do homem na lei nº 9.263/96 (Brasil, 1996), apesar de sua participação precisar ser autorizada pela parturiente. Nos relatos dos sujeitos foram recorrentes as falas sobre a participação paterna no parto.

*Quando novo, pensava em tudo, menos participar do teu nascimento. Sim, porque teu nome era uma certeza, muito antes de nos (re) encontrarmos. Tua luz seja do Sol ou da Lua, uma convicção, clareando horizontes e expandindo compaixão. Porém, a dúvida de outrora foi substituída por uma expressão até então pouco utilizada no parco vocabulário deste jornalista. Empoderamento. (Diego)*

*A única certeza que eu tinha é que eu queria o meu marido ao meu lado o tempo inteiro. (Gabriela A)*

*pelos relatos que me foram contados ao longo da vida sobre a emoção indescritível de vivenciar o momento do parto, nunca tive dúvida de que estaria presente no nascimento de nossa amada Beatriz. (Cristiano)*

Com as mudanças na família a partir dos movimentos feministas, a participação dos pais no parto foi se tornando cada vez mais frequente. Szejer e Stewart (1997) relacionam essa participação à invenção das técnicas de alívio da dor, uma vez que para os homens seria difícil assistir às dores do parto. É possível que inicialmente essas técnicas de fato tenham facilitado a inserção paterna no parto. Contudo, nos relatos analisados foi frequente a participação paterna em partos naturais, ou seja, sem administração de anestesia. Acreditamos que essa participação seja fruto dos novos ideais de paternidade, que pregam por um pai sensível e participativo, que expressa desejo da vivência do que outrora era restrito ao feminino ou mesmo do que ainda é, como os processos fisiológicos. Tais falas apareceram no relato dos sujeitos, corroborando os resultados encontrados por nós em estudo anterior (Matos, Magalhães, Féres-Carneiro & Nonato, 2017a).

*À medida que as contrações aumentavam e ela entrava nestes transes, eu ia me sentindo cada vez mais envolvido por uma força feminina; como se estivesse tendo a permissão de participar de uma espécie de ritual secreto pertencente às matriarcas. (Lucas)*

*E eu me sinto o homem mais privilegiado do mundo porque vi minha filha nascer pelas minhas mãos. Talvez seja o mais próximo que chegarei da maternidade e estou plenamente satisfeito por isso! (Pablo)*

*Uma euforia, misturada com ansiedade, e talvez, apenas talvez, a minha metade feminina desejosa de parir (é, homens, nascemos sem esses poderes maneiros que as mulheres têm, lidem com isso) me deixou como se eu tivesse tomado um porre de energético. Eu falava rápido, andava rápido, queria fazer coisas, preparar a casa, comprar comida, comprar bebida, fazer tudo. (Thiago)*

Conforme assinalado por autores como Jardim e Penna (2012), Santo e Bonilha (2000) e Brandão (2009), os pais vêm descobrindo diferentes formas de estar inseridos no parto. Uns participam mais ativamente, confortando a parturiente, fazendo força junto com ela ou cortando o cordão umbilical, por exemplo. Outros ficam só observando, ou filmando e fotografando o evento. Nos relatos analisados a participação paterna apareceu de diferentes formas, seja recebendo o filho, resolvendo questões práticas, incentivando as mulheres a fazerem força, cortando o cordão, ou apenas se mantendo por perto.

*O obstetra me deu uma tesoura e pediu que eu cortasse o cordão umbilical, o que eu fiz com dois golpes. O cordão era macio e esbranquiçado, e a parte onde eu fiz o corte estava estrangulada por dois grampos. (Marco Antonio)*

*A cada força eu, por pura empatia, fazia força junto, procurava incentivá-la com palavras de apoio e lembrá-la de respirar. (Rafa)*

*Retirei-me para a salinha para ler e rezar e, pela primeira vez, quis fazer parte. Era sublime demais para permanecer a margem. (...) Desde então, não fiz nada; apenas estive por perto. Não fui o marido mais ativo que se viu, mas dei tudo que tinha. (Vinicius)*

Como já discutimos amplamente nesse estudo, a ausência paterna por normas do hospital, além de infringir a legislação, pode promover vivências de desamparo para a mulher e dificultar o andamento do trabalho de parto. Nos relatos analisados, ficou claro pelo discurso das mulheres que tiveram partos em que a presença do pai foi negada pela equipe médica que ser excluído do parto do filho consistiu em experiências dolorosas também para os homens. Gabriela A., que não pôde compartilhar a experiência de parto com o marido, falou sobre como essa experiência foi dolorosa também para o pai de seu filho, além de ter contribuído para o afastamento entre os membros do casal.

*Aquele dia era pra ter se tornado uma boa lembrança, mas deixou marcas ruins. Hoje eu, meu marido e minha filha somos muito unidos, aos poucos*

*eu comecei a me abrir com ele e pude ouvir o que ele sentiu. Nós dois sofremos muito por aquele dia, por ele ter ficado longe de nós duas, sem poder fazer nada, sem saber o que acontecia lá dentro. Ele esteve sempre presente durante a nossa gestação, nas consultas, exames e no dia mais importante ele foi excluído. Ele nem estava no hospital na hora da cirurgia. Ele estava tentando resolver tudo com o pessoal da recepção, pediram dinheiro, ele saiu, veio em casa buscar as nossas coisas, quando voltou foi avisado que o parto já tinha sido feito e que eu estava sendo costurada. Não consigo nem imaginar como ele se sentiu naquele dia, ele só diz que nunca se sentiu tão fraco, anulado e impotente (Gabriela A).*

Por outro lado, nos partos em que os pais estiveram presentes foi possível notar o fortalecimento da parceria e admiração pelo cônjuge, tanto nos relatos das mulheres como nos relatos dos homens. Estudos como os de Brandão (2009), Jardim e Penna (2012), Oliveira e Silva (2012) e Santo e Bonilha (2000) apontam para a participação do pai no parto como uma oportunidade para o casal vivenciar o nascimento como parte da vida conjugal, o que fortaleceria a intimidade entre os cônjuges e poderia acarretar em estreitamento do vínculo entre eles. Nos relatos analisados, homens e mulheres teceram agradecimentos aos seus parceiros, demonstrando crescimento da admiração pelo cônjuge a partir do compartilhamento da experiência do parto.

*Foram duas horas intensas, e eu me surpreendia com a serenidade e a força do meu marido, que me apoiava a todo minuto dizendo que eu precisava continuar pela nossa filha, que ela já estava chegando, que faltava pouco. E depois de tudo ele me contou que estava morrendo de medo, que queria me tirar dali e acabar com a minha dor. Mas ele foi muito forte mesmo, um guerreiro. Porque não deve ser mesmo nada fácil ver alguém que você ama gritando de dor e dizendo que não vai mais aguentar e não poder fazer nada. (Juliana)*

*Minha admiração chegou em um ponto que nunca achei ser possível... (Rafa)*

*A coisa ficou meio animal, sem freios, sem proteções. Era a minha esposa, em sua forma mais primitiva. E eu estava completamente apaixonado por aquela mulher. Foi então que, pouco antes de uma contração, ela sentiu que deveria ficar de quatro. Pôs-se de quatro, e então foi bem rápido, puf, a cabeça saiu e logo depois, puf, o resto do corpo saiu. E eu estava ali. Eu aparei meu próprio filho. (Thiago)*

De acordo com Menezes e Lopes (2007) e Hidalgo e Menéndez (2003), a transição para a parentalidade potencializa os aspectos da relação conjugal que já

estavam sendo vivenciados antes da chegada do filho, podendo haver aumento do companheirismo e da parceria entre os membros do casal ou aumento dos conflitos e distanciamento. Em alguns relatos pudemos perceber o aumento do companheirismo entre os cônjuges.

*Obrigada Alexandre, por ser meu marido, meu companheiro, meu amigo. Pelos filhos lindos que fizemos juntos, por acreditar em mim e no parto que eu desejava ter. (Michelle)*

*Agradeço à Lia por ter me proporcionado essa linda estória, por ter insistido e me mostrado esse caminho tão lindo. E ela ficou cada vez mais linda como gestante, durante o parto, como uma leoa, e agora como mãe. Me sinto mais completo, cheio de entusiasmo e acreditando cada vez mais na humanização do parto. (Guilherme)*

*E, claro, Camila: ver uma mulher como protagonista de algo é mais comum hoje que alguns anos atrás, mas quando falamos sobre o parto alguns ainda têm sérias dificuldades em entender/permitir o protagonismo da mulher. Vi você de um jeito único, privilegiado, como nunca vi outra pessoa. Parabéns por tanta força e pela coragem – não pela situação em si, porque sabemos que Antônio veio ao mundo do jeito mais seguro possível, mas por bancar a decisão de ir contra todo um sistema que envolve médicos, planos de saúde e muita gente enganada. O amor venceu. (Raoni)*

A passagem do bebê imaginário para o bebê real também pode contribuir tanto para a aproximação como para o afastamento conjugal (Medeiros & Santos, 2009; Oliveira & Brito, 2009). No parto, os pais que, desde a gestação ou mesmo desde o projeto de filho, alimentam fantasias sobre como será o bebê, encontram o filho tal como ele realmente é. O bebê real muitas vezes difere do bebê imaginado; seja por ter mais ou menos cabelo, pelo tom da pele, pela cor dos olhos, por ter alguma síndrome ou patologia não identificada anteriormente, ou por não se comportar como o bebê idealizado. Dessa forma, como apontam autores como Jardim e Penna (2012), Lopes *et al.* (2005), Maldonado *et al.* (1985) e Raphael-Leff, (1993), a passagem do bebê imaginado para o bebê real não é simples e às vezes demanda bastante tempo de elaboração. Em muitos casos, porém, o bebê da realidade não se distancia muito do bebê fantasiado, ou as fantasias sobre o bebê foram amplas o suficiente para incluir este bebê exatamente como ele é. Nesses casos, o que é da ordem da desilusão pode ser vivenciado sem maiores sofrimentos, diferentemente dos casos em que há alguma síndrome ou deficiência, por exemplo, em que é comum que seja difícil para os pais investirem plenamente no bebê real

em um primeiro momento (Debray, 1988). Nos relatos analisados o encontro com o bebê da realidade não pareceu se distanciar muito do bebê idealizado.

*Tão linda! Não se parecia nada como eu havia imaginado. Era mil vezes melhor. (Ana Raquel)*

*Juro que quando ela se aproximou do meu rosto e ouviu a minha voz (não me lembro o que falei), ela sorriu. Sim, que linda, ela sorriu! E reparando que seu queixo ao sorrir era idêntico ao do papai (agora não noto mais tal semelhança), exclamei: “É o queixo do meu marido!”. As lágrimas rolavam pelo meu rosto sem eu conseguisse conter. (Mari)*

*Marcos Paulo chorou, todo babão pela filha, que é a cara dele! (Ana Raquel)*

*Ouvi e entendi! Senti e percebi! Seria simples, não fosse indescritível. Palavras que fugiam do papel e pensamento que voava na velocidade da luz. Teu olhar cândido, choro lírico e cheiro doce como o aroma da alvorada. Nasceste. E na fração de segundos que te segurei, desabei, como o momento mais lindo de toda uma vida. (Diego)*

*Aquele momento parecia um sonho, foi surreal, não conseguia acreditar que era verdade, que eu tinha parido. Parecia estar num filme! Foi mágico, divino, inexplicável. Ficamos uns 5 minutos parados naquela cena, contemplando a Letícia. Era muito cabeluda e branca... chorou só um pouquinho. (Juliana)*

A vivência do parto a três pareceu ser facilitadora da elaboração dos lutos inerentes ao nascimento bem como do processo de elaboração que a transição para a parentalidade demanda. Em geral, os homens que estiveram presentes nos partos de seus filhos pareceram usufruir da inserção no universo feminino e se sentiram incluídos no processo, entendendo seu papel fundamental de suporte às parturientes. Para as mulheres, ter o companheiro presente no parto pareceu promover amparo necessário para lidar com os medos inerentes ao processo de parturição e contribuir para experiências de parto positivas. Para o bebê, certamente, ser recebido por aqueles que o geraram promove senso de pertencimento à família e mais amparo amoroso em sua chegada ao mundo.

## 8. Considerações finais

Quando pensamos em produzir textos sobre o parto no Brasil, em materializar este tema tão controverso que nos atravessa no mundo da vida, o que nos moveu foi uma aposta na construção de um novo paradigma de assistência e de sociedade, que consiga acessar a importância do cuidado com homens e mulheres que estão parindo seus filhos. É nisso que acreditamos verdadeiramente. Homens e mulheres que estão vivenciando uma passagem tão significativa em seu ciclo de vida, que implica em cuidado integral com um outro, precisam ser cuidados emocionalmente, para além do corpo biológico, para que, assim, possam vivenciar mais plenamente essa passagem. Nesse sentido, dar voz às experiências subjetivas desses sujeitos na academia nos pareceu ser uma forma de promover uma ética de cuidado que esteja em consonância com as suas demandas, e não com as demandas dos profissionais ou do pesquisador.

No início da presente pesquisa havíamos pensado em ouvir os sujeitos em entrevistas semiestruturadas. Depois fomos nos dando conta de que o que buscávamos já estava dito na internet e que o que levava muitos desses sujeitos a expressarem suas vivências nesse espaço público era um ato político, um desejo de mudança social. Como sugere Bakhtin, não existe metodologia *a priori* que dê conta de qualquer tema: há de se ir atrás da melhor forma a partir da qual o tema pesquisado vá aparecer na sua maior potencialidade expressiva. Parece que a internet tem sido um meio muito potente de expressão para esses sujeitos, e foi a partir daí que buscamos ouvi-los. Foi a partir das narrativas individuais que pretendemos analisar o paradigma de assistência vigente no país e suas relações com o sistema político-econômico.

Apontamos aqui para a importância de nos questionarmos sobre a função que nossas criações têm para a sociedade, o que elas produzem em termos de cultura. Quais são os desdobramentos do conhecimento científico? A serviço de que pesquisamos? Muitas vezes somos atropelados pelas exigências de publicação, pelo foco no formato, em como atender às exigências do Comitê de Ética, e acabamos por não problematizar suficientemente a função política da produção do conhecimento científico. Determinado autor cria determinado mundo a partir de sua teoria e, então, esta passa a ser uma verdade, ainda que parcial e momentânea. A responsabilidade diante disso é enorme e deveria nos fazer refletir, em primeiro

lugar, sobre as possíveis implicações de nossa pesquisa na constituição de subjetividades, nos processos micro e macro políticos. O pesquisador há de se perguntar constantemente a serviço de que está sua produção. Desde o início desta pesquisa de doutorado viemos nos colocando essas questões. Vivemos hoje um momento de muita tensão política no que diz respeito ao parto no Brasil. Há, por um lado, fortes interesses de mercado, pois a indústria do nascimento tem se mostrado muito lucrativa, além da presença de um paradigma tecnocrático fortemente disseminado nas e pelas instituições de saúde do país. Por outro lado, cresce um movimento que problematiza tal paradigma, mas que socialmente tem sido assimilado como um apelo aos instintos maternos e, ao mesmo tempo em que filosoficamente tem o intuito de considerar os aspectos emocionais e culturais do parto, discrimina o modelo tecnocrático como se este e o tal instinto não fizessem parte da cultura. Enfim, muitas contradições e um cenário bélico. Nós tentamos alargar nossa visão para que conseguíssemos dialogar com a experiência sensível destes sujeitos pais e mães. Este foi, verdadeiramente, o lugar de onde desejamos falar.

Buscamos dialogar com a experiência sensível dos sujeitos a partir dos relatos de parto publicados na internet e, através destes relatos, foi possível, de acordo com uma visão benjaminiana, captar a complexidade dos processos culturais que circundam o nascimento neste contexto histórico. Ou seja, apreender o espírito da época em que vivemos, os ideais e valores que circulam na atualidade. Entendemos a pesquisa como uma possibilidade de deixar falar para o meio acadêmico a experiência sensível desses pais e mães acerca do atendimento que recebem no momento do nascimento de seus filhos no país hoje; como uma possibilidade de que a aplicação da Política Nacional de Humanização (PNH) seja requisitada por aqueles que sofreram violência obstétrica durante o parto. É nesse sentido que percebemos o caráter político dessa pesquisa, como um compromisso ético que devemos assinar com o intuito de dar voz no meio acadêmico para os relatos emocionantes de pais e mães que pudemos ver acerca do nascimento no Brasil.

O protagonismo feminino é um aspecto central no paradigma de humanização da assistência e, no nosso entendimento, aponta para a conscientização da mulher sobre o próprio corpo, sobre sua confiança na própria capacidade de parir. E esse protagonismo só pode ser desenvolvido a partir do

amparo social, assim como a autonomia winnicottiana. Entendemos que é a partir do amparo de outros humanos que a parturiente poderá vivenciar suas relações de dependência para que, ao longo da gestação, possa ir desenvolvendo confiança em si própria e possa perceber suas necessidades no parto de forma consciente. Isso significa parir em casa ou no hospital; na banheira, na cadeira ou no chuveiro; em pé, de quatro ou deitada, enfim, perceber qual a melhor forma para ela parir. Mas ela precisa de amparo para poder parir. Amparo para elaborar as mortes simbólicas inerentes ao parto, e poder se despedir da gestação, da fusão mãe-bebê pelo cordão umbilical, do filho idealizado, da mulher que não era mãe daquele bebê.

O parto é, portanto, um ritual de passagem que permite a elaboração de alguns lutos. Contudo, para que as mulheres consigam compreender e acessar essa potência, elas precisam que os profissionais o façam em primeira instância. Que não atuem de forma a emanar o medo da morte, pois é também sobre perdas e lutos que se trata o parto. Sendo assim, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos tanto ao empoderamento da mulher, quanto às possíveis frustrações e dificuldades emocionais decorrentes de indicações de via de parto ou que apareçam ao longo do próprio trabalho de parto. É preciso que estejam disponíveis para amparar essas dificuldades, com o intuito de que mães e pais consigam elaborá-las de forma a manter sua disponibilidade afetiva para receber o bebê que chega.

Uma vez que mães e pais se sentem desamparados em um momento tão vulnerável, acabam vivenciando o parto de forma traumática, o que se pode inferir ser também a experiência do bebê. Partos traumáticos aumentam o risco de depressão pós-parto e de dificuldades no estabelecimento da “preocupação materna primária”, uma vez que o ambiente não foi sensível às necessidades da mãe e do pai. Nos relatos de parto analisados foi evidente a importância atribuída por mães e pais ao respeito à temporalidade do parto e à vivência das dores inerentes ao nascimento. As famílias que se sentiram respeitadas nesses aspectos relataram experiências de parto prazerosas - não traumáticas -, ressaltando a potência simbolizante deste evento.

Por outro lado, a análise dos relatos das mulheres que se sentiram violentadas apontou para vivências de desamparo e experiências traumáticas de parto. Nesse sentido, entendemos aqui que a denominada violência obstétrica constitui-se em experiência traumática de parto, na qual o trauma teve sua origem na confirmação de angústias e ansiedades primitivas pelo ambiente, tais como as

ansiedades de esvaziamento, perda, castração, punição pela sexualidade e exposição ao desconhecido, e as angústias de aniquilamento e de separação.

O parto reaviva conteúdos muito primitivos na parturiente, assim como nos profissionais que assistem o parto e nos familiares que a apoiam. Ocorre que, quando os profissionais, que supostamente estão presentes para amparar a parturiente, acabam por reiterar suas fantasias e angústias primitivas, a probabilidade de o parto constituir-se em uma experiência traumática se intensifica. Ressaltamos que mulheres que já se encontram em estado de vulnerabilidade psíquica antes do parto ou mesmo antes da gravidez têm maior propensão a experimentar o parto de forma traumática, por isso é fundamental que tenham acompanhamento psicológico.

Os procedimentos médicos - como a episiotomia, a anestesia e a própria cesariana - realizados de forma rotineira, sem compartilhamento de decisões e sem amparo psíquico, parecem ser utilizados como forma de ritualização pós-moderna, com o intuito de manter inconsciente a representação sexual do parto. Contudo, tal forma de ritualização tem sido contraproducente, promotora de iatrogenia no parto, uma vez que não assegura psiquicamente a saúde materno-infantil. Muito pelo contrário, reitera fantasias primitivas, promovendo experiências traumáticas de parto.

O Brasil é o país que mais realiza cesáreas no mundo, além de ter alto índice de intervenção médica nos partos vaginais. Os procedimentos parecem ser realizados com o intuito de evitar possíveis complicações. Contudo, o parto acaba se tornando um evento medicalizado, o que destitui o protagonismo das mães e dos pais diante do nascimento de seus filhos. Tal fato acaba produzindo complicações devido à falta de amparo para o medo e a insegurança que mães e pais costumam sentir no momento do nascimento, promovendo, portanto, iatrogenia no parto.

Os relatos de parto analisados apontaram para o sofrimento gerado por conta da postura dos profissionais quando estes enfocam as complicações biológicas em detrimento do amparo emocional, necessário àqueles que se tornam mães e pais. Os sujeitos ressaltaram a importância da problematização do uso rotineiro dos procedimentos, questionaram a prática médica que desconsidera o protagonismo da mulher no parto, e apontaram para a necessidade do cuidado por parte dos profissionais para que possam se sentir acolhidos em suas angústias e, assim, receberem o bebê com maior disponibilidade afetiva. Nesse sentido, os resultados

apontaram para a necessidade de orientação dos profissionais a fim de prestarem assistência cuidadosa, voltada também para os aspectos emocionais inerentes ao parto.

Ao mesmo tempo, alguns relatos narraram experiências de parto nas quais a postura da equipe, cuidadosa e atenta às demandas emocionais do casal, foi fundamental para que o nascimento de seus filhos se desse com tranquilidade e ficasse marcado em suas memórias como uma experiência prazerosa e transformadora. As noções de escolha, autonomia e desejo – insígnias do ideário individualista – se fizeram marcantes nos relatos dos sujeitos, apontando tanto para a relevância do protagonismo feminino no parto, como para a dificuldade de vivenciar um processo sobre o qual não se tem controle. O ideário de humanização evidencia a importância do empoderamento feminino no parto, o que é fundamental para que as mulheres deixem de ser apassivadas no nascimento de seus filhos. Contudo, em um contexto extremamente individualista, no qual os sujeitos são instados a escolherem a todo instante o rumo de suas vidas, entendemos que o ideário de humanização é assimilado como assegurador do direito de escolha da parturiente sobre a via de parto. Sabemos que o parto é um evento no qual o grau de imprevisibilidade é alto e que é marcado por mandatos inconscientes e biológicos, sob os quais não se pode ter controle. Nesse sentido, parece-nos importante ressaltar que a ideia de escolha a respeito da via de parto não cabe. Cesariana é uma cirurgia e, como tal, só deve ser realizada quando houver indicação. Acreditamos que, com uma escuta cuidadosa, seja possível para os profissionais entenderem o desejo pela cesariana e ajudarem a ressignificá-lo ao longo da gestação, compreendendo que às vezes esse desejo esbarra em questões emocionais muito profundas. Ressaltamos a importância de que os profissionais compreendam que a cesariana não é uma via de parto passível de escolha. Legitimar essa “escolha” como forma de acolher os medos dos pais evidencia uma compreensão rasa do que o sujeito está a dizer, que legitima a noção de cesárea como bem de consumo. Ao mesmo tempo, ressaltamos a importância do respeito nas relações interpessoais e da escuta clínica durante o pré-natal, capaz de detectar indicações de cesariana por questões emocionais. Nesse sentido, apontamos para a urgência em desconstruir a noção de cesariana como bem de consumo, uma vez que já é sabido que a cirurgia desnecessária incorre em riscos para a saúde da mãe e do bebê. Ressaltamos que os riscos são tanto biológicos como psíquicos, uma vez que

partos com alto nível de intervenção médica têm maior probabilidade de serem vivenciados como experiências traumáticas.

Os relatos publicados online apareceram como uma ferramenta para elaboração das vivências traumáticas de parto, constituindo-se como possibilidade de atribuir um sentido positivo à experiência, como ajudar outras pessoas que passam pela mesma situação. A internet apareceu nos relatos analisados como uma ferramenta potente tanto no sentido de amparo durante a transição para a parentalidade, principalmente para a maternidade, como de mobilização da sociedade civil para mudar o cenário de assistência ao parto no país. A intensificação da medicalização do parto é muito recente e a troca entre pares geracionais parece fortalecer as mulheres para lutarem por seu protagonismo no parto.

A inserção do pai no parto também parece ser propulsora da autonomia feminina nos processos de parturição. Nos relatos analisados, a maioria das mulheres que retrataram experiências de violência obstétrica não teve permissão para que o pai do bebê estivesse com elas nesse momento, o que parece ter incrementado a vivência de desamparo. Em contrapartida, muitos dos casais que puderam vivenciar os partos de seus filhos juntos relataram essa experiência como fortalecedora do vínculo conjugal.

O modelo de assistência tecnocrático está focado nos fenômenos biológicos e no tempo quantificado. Ocorre que o parto envolve uma temporalidade psíquica, para além do relógio. Nesse sentido, concluímos ser de extrema importância que os profissionais que assistem o parto sejam capacitados para compreenderem os aspectos emocionais inerentes ao nascimento e possam, assim, amparar emocionalmente os processos de parturição. Torna-se evidente a importância de trocas interdisciplinares para garantir uma assistência de qualidade. Ressalta-se aqui a importância de cuidar das mães e dos pais para que eles se nutram deste cuidado e possam, assim, investir nos cuidados com o bebê. Nesse sentido, entendemos que o cuidado nas relações entre profissionais que assistem o parto e os sujeitos que estão parindo – seja a mãe concretamente ou o pai psiquicamente – é fundamental e precisa ser cada vez mais disseminado a fim de que a sociedade em geral entenda-o como requisito fundamental para a atenção ao parto. Entendemos que, apesar de os partos tecnocráticos ainda serem os mais frequentes no Brasil, o movimento em prol da humanização da assistência torna-se cada vez mais forte e

cada vez mais profissionais visam acolher as demandas da sociedade civil e as diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

Além da necessidade de conhecimento acerca dos processos emocionais inerentes ao parto, concluímos ser de fundamental importância que os profissionais que assistem o parto sejam também amparados emocionalmente. Dessa forma poderão se organizar internamente de modo a proteger seus psiquismos sem violentar as mulheres que estão parindo, que já se encontram em estado de grande vulnerabilidade.

Considerando a escolha em abordar o tema parto nesta tese, indagamo-nos sobre o porquê de termos pegado para nós a responsabilidade de assinar a criação de um objeto estético, no sentido bakhtiniano do termo, sobre tal tema. Fato é que havia desejo. Desejo este nutrido desde os congressos frequentados durante a graduação que discutiam as práticas de humanização do parto e a aversão daqueles indivíduos à suposta “desumanização”. Há alguns anos os relatos de parto na internet feitos por pais e mães começaram a ser mais frequentes e a despertar nossa atenção. Relatos de todos os tipos. Parto em casa, na água, cesariana. Com violência obstétrica, sem equipe médica. Com complicações, sem complicações. Emocionamo-nos. Choramos diversas vezes lendo aquelas palavras cheias de afeto e nos vimos atravessadas por elas, convocadas a dar voz a elas na academia, a acrescentar a elas nosso excedente de visão. E tudo isso é de uma beleza e de uma leveza que desprovê de sentido, a nossos olhos, qualquer conhecimento que se pretenda científico que não passe pela experiência sensível, que vise restar no campo da racionalidade e da neutralidade do pesquisador. Triste são aqueles que ainda não descobriram a beleza de se deixar afetar pelo mundo da vida quando ensaiam produzir objetos da cultura. Sábias palavras as de Bakhtin, é como se, com elas, encontrássemos um alento para nosso desejo de unicidade. Apostando nos ecos que os relatos selecionados produziram nas experiências individuais dos leitores, desejamos que a presente pesquisa tenha trazido alguma reflexão crítica sobre a forma de nascer no Brasil hoje e que a mesma possa contribuir para a construção de um novo modelo de assistência ao parto.

Cabe ressaltar que nesta pesquisa discutimos o tema a partir de um pequeno recorte do que é a experiência de parto no Brasil e que, portanto, não é possível apreender o cenário nacional de assistência ao parto a partir dos resultados encontrados. Além de haver significativas diferenças entre a assistência pública e a

assistência privada, que não foram foco de discussão neste trabalho, o Brasil, por sua enorme diversidade cultural, abarca múltiplas experiências de parto, que, muitas vezes, não são acompanhadas nem por serviços públicos, nem por serviços privados, como no caso de algumas populações indígenas, por exemplo.

Ainda assim, entendemos que pesquisar as experiências subjetivas de homens e mulheres no nascimento de seus filhos se fez importante no sentido de ampliar o debate a respeito do tema na atualidade e contribuir para ações de assistência à família no âmbito da saúde coletiva e para a desconstrução do modelo obstétrico tecnocrático no Brasil. Apontamos para a necessidade do desenvolvimento de mais estudos que abordem a experiência emocional do parto, uma vez que esse tema ainda é pouco explorado na literatura. Pesquisas que busquem dar voz aos sentimentos maternos e paternos a respeito do nascimento no Brasil são fundamentais para a construção de novas ações no campo da saúde emocional familiar.

## 9. Referências Bibliográficas

- Agência Nacional de Saúde – ANS. (2015). Resolução nº368. Disponível em <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>
- Andrade, L. O.; Felix, E. S. P.; Souza, F. S.; Gomes, L. O. S. & Boery R. N. S.O. (2017). Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 11(6), p. 2576-85.
- Aquino, Estela M. L. (2014). Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), S8-S10. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE01S114>
- Argentina. (2004). *Ley 25.929*. Disponível em <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.html> acessado em 09/09/2018.
- Arteiro, I. L. (2017). *A mulher e a maternidade: um exercício de reinvenção*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Doutorado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco. Recife. 264 pp.
- Arteiro, I.L. & Passos, M.C. (2016). A transicionalidade na escrita de blogs de maternidade - um meio de elaboração da experiência. Trabalho apresentado no *VII Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise e XIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*. João Pessoa - Paraíba.
- Ávila, A.A. (1998). Afinal, quem vai parir? In: Ávila, A.A. (1998). *Socorro, Doutor! Atrás da barriga tem gente!* São Paulo: Editora Atheneu. Pp.123-135.
- Bakhtin, M. Arte e Responsabilidade. (2006). In: Bakhtin, M. *Estética da Criação Verbal*. 4. Ed. Tradução: Paulo Bezerra. São Paulo: Ed Martins Fontes, pp. XXXIII-XXXIV.
- Bauman, Z. (2001). *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Benevenuto, F., Almeida, J., and Silva, A. (2011). Explorando redes sociais online: Da coleta e análise de grandes bases de dados às aplicações. In: *Mini-cursos do Simpósio Brasileiro de Redes de Computadores (SBRC)*. Recuperado em 13 de maio de 2016, de <http://www.cricte2004.eletrica.ufpr.br/anais/sbrc/2011/files/mc/mc2.pdf>.
- Benevenuto, F., Almeida, J., and Silva, A. (2011). Explorando redes sociais online: Da coleta e análise de grandes bases de dados às aplicações. In: *Mini-cursos do Simpósio Brasileiro de Redes de Computadores (SBRC)*. Retirado de <http://www.cricte2004.eletrica.ufpr.br/anais/sbrc/2011/files/mc/mc2.pdf> em 13 de maio de 2016.
- Blainey, S.H. & Slade, P. (2015). Exploring the process of writing about and sharing traumatic birth experiences online. *British Journal of Health Psychology*, 20, 243–260.
- Bourdieu, P. (1980/2009). *O senso prático*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Bradt, M. D. & Jack, O. (1995). Tornando- se pais: família com filhos pequenos. In: Carter, B. & McGoldrick, M. (Orgs.), *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma Estrutura para Terapia Familiar* (pp. 206-222). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Braga, A. (2013). Netnografia: compreendendo o sujeito nas redes sociais. In: Nicolaci-da-Costa, A. M. & Romão Dias, D. (orgs). *Qualidade faz diferença: métodos qualitativos para a pesquisa em psicologia e áreas afins*. Rio de Janeiro: Ed. Puc-Rio, pp. 171-197.

- Braga (2013). Netnografia: compreendendo o sujeito nas redes sociais. In: Nicolacida-Costa, A. M. & Romão Dias, D. (orgs). *Qualidade faz diferença: métodos qualitativos para a pesquisa em psicologia e áreas afins*. Rio de Janeiro: Ed. Puc-Rio, pp. 171-197.
- Brandão, S. M. P. A. (2009). *Envolvimento emocional do pai com o bebê: impacto da experiência de parto* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Brasil. (1984). Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf) acessado em 16/08/2018.
- Brasil. (1986). *Lei nº 7.498 de 25.06.86*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 26 jun 1986: Seção 1:1.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.
- Brasil. (1996). *Lei nº 9.263, de 12 de janeiro*. Brasília.
- Brasil. (1999). Ministério da Saúde. *Portaria n. 888/GM de 12 de Julho de 1999*. Institui o Projeto Casas de Parto e Maternidades Modelo;1999. [2f].
- Brasil. (2000). Ministério da Saúde. *Programa de humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília.
- Brasil. (2000). Portaria nº569 de 01 de junho de 2000.
- Brasil. (2001). III Prêmio Galba de Araújo. Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002554.pdf> acessado em 25/08/2018.
- Brasil. (2005). *Lei Federal nº. 11.108, de 07 de abril de 2005*. Brasília.
- Brasil. (2005). *Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005*. Garante 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.
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 2ª Edição. Brasília.
- Brasil. (2011). *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.
- Brasil. (2015). Agência Nacional de Saúde (ANS). *Resolução normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015*. Disponível em <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>.
- Brasil. (2016a). Agência Nacional de Saúde (ANS). *Resolução normativa nº 398, de 05 de fevereiro de 2016*. Disponível em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/rn/RN\\_398atualizado.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/rn/RN_398atualizado.pdf) acessado em 14/08/2018.
- Brasil. (2016b). Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde. *Projeto Parto Adequado – Fase I*. Disponível em [http://ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/web\\_total\\_parto\\_adequado.pdf](http://ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf)

- Brasil. (2016c). Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. *Estímulo ao Parto Normal Organização da Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento*. Disponível em [http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/Parto\\_Adequado\\_final.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/Parto_Adequado_final.pdf)
- Brasil. (2017). *Ministério da Saúde. Pela primeira vez número de cesarianas não cresce no país*. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27782-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>
- Brenes, Anayansi Correa. (1991). *História da parturição no Brasil, século XIX*. Cadernos de Saúde Pública, 7(2), 135-149. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bydlowski, M. (2000). Tu enfanteras dans la douleur. In: Bydlowski, (2000). *Je rêve un enfant: L'expérience intérieure de la maternité*. Paris: Odile Jacob. Pp. 103-123.
- Campos, C. M.; Féres-Carneiro, T. & Magalhães, A. S. (set./dez. 2015). Intimidade e Extimidade Virtual na Conjugalidade Contemporânea. *Interação Psicologia*, 19(3), 407-416.
- Castells, M. (2010/2018). *O poder da identidade: a era da informação*. Volume 2. São Paulo: Paz e Terra. Original publicado em 2010.
- Comissão Interamericana de Direitos Humanos. (1994). *Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher*. Disponível em <http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>
- Conselho Federal de Medicina – CFM. (2016). Resolução n. 2.144/2016. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>
- Conselho Federal de Medicina – CFM. (2016). Resolução n. 2.144/2016. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>
- COREN -SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. (s/d). *Direito à dignidade: Moralidade, preconceito e conveniências para profissionais e instituições de saúde levam o sofrimento para grávidas, parturientes e puérperas em todo o Brasil*. Disponível em [http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/26\\_violencia\\_obstetrica.pdf](http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/26_violencia_obstetrica.pdf) acessado em 09/09/2018.
- Costa, A.M. (2009). Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1073-1083.
- Costa, Jurandir Freire. (2004). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graar.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S5-S2.
- Debray, R. (1988). *Bebês/mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*. Porto Alegre: Artes Médicas, 178p.
- Deslandes, S. (2006). Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: S. Deslandes (org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas* (pp. 33-47). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231.

- Dias, M.A.B., & Deslandes, S.F. (2006). Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: S. Deslandes (org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas* (pp. 351-369). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Diaz-Tello, Farah. (2016). Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 56-64. DOI: 10.1016/j.rhm.2016.04.004
- Diniz, Carmen Simone Grilo. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 627-637. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>
- Domingues, Rosa Maria Soares Madeira, (2002). *Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da maternidade Leila Diniz*. Mestrado em Saúde Pública no Departamento de Endemias, Ambiente e Sociedade. Rio de Janeiro. 212 fls.
- Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., d'Orsi, E., Pereira, A. P. E., Schilithz, A. O. C., & Leal, M. C. (2014). Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Suppl. 1), S101-S116. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105113>
- Donelli, T. M. S. & Lopes, R. C. S. (2013). Descortinando a vivência emocional do parto através do Método Bick. *Psico-USF*, 18(2), 289-298.
- Elias, N. (1987/1994). *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Elias, N. (2006). *Escritos e ensaios*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Freud, S. (1926). Inibições, sintomas e ansiedade. In: Edição standard brasileira das *Obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad.) (Vol. 20), Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1976.
- Giddens, A. (2012). A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: A. Giddens; S. Lash & U. Beck. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. (pp. 89-166). São Paulo: Editora Unesp.
- Giddens, A. (1993). *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.
- Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009). Maternidade e colapso: consultas terapêuticas na gestação e pós-parto. *Paideia*, 19(44), 395-401.
- Green, A. (1988). O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico. In: *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Griboski, R.A., & Guilhem, D. (2006). Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(1), 107-14.
- Hall, S. (1992/2015). *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Lamparina. Original publicado em 1992.
- Heilborn, M.L. (1997). Corpo, sexualidade e gênero. In: DORA, D.D. *Feminino Masculino – igualdade e diferença na justiça*. Porto Alegre: Editora Sulina.
- Hidalgo, M. & Menendez, S. (2003). La pareja ante la llegada de los hijos. Evolución de la relación conyugal durante el proceso de convertirse em padre y madre. *Infancia y Aprendizaje*, 26(4), 469-483.
- Honneth, A. (2003). Padrões de reconhecimento intersubjetivo. In: Honneth, A. (2003). *Luta por reconhecimento* (pp. 155-211). São Paulo: Ed. 34.
- Honneth, A. (2015). *O direito da liberdade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In: Solis-Ponton, L. (org.) *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Jardim, D. M. B., & Penna, C. M. M. (2012). Pai-acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 16(3), 373-381.
- Leal, M.C., Pereira, A.P.E., Domingues, R.M.S.M., Filha, M.M.T., Dias, M.A.B., Nakamura-Pereira, M., Bastos, M.H., & Gama, S.G.N. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública: Nascer no Brasil*, 30, Sup: S17-S47.
- Leão, Míriam Rêgo de Castro, Riesco, Maria Luiza Gonzalez, Schneck, Camilla Aleksandra, & Angelo, Margareth. (2013). Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8), 2395-2400. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>
- Lebovici, S. & Solis-Ponton. (2004). Diálogo Leticia Solis-Ponton e Serge Lebovici. In: Solis-Ponton, L. (org.) *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lopes, R. C. S., Donelli, T. M. S., Lima, C. M. & Piccinini, C. A. (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 247-254.
- Lupton, D. (2016). The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: a focus group study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16:171.
- Machado, S. (2005). Tempo e despedida: substâncias da humanização do parto. In: Rattner, D. & Trench, B. *Humanizando nascimentos e partos*. São Paulo: Editora Senac São Paulo.
- Maldonado, M.T.; Nahoum, J.C., & Dickstein, J. (1985). *Nós estamos grávidos*. Rio de Janeiro: Bloch.
- Maridaki-Kassotaki, K. (2000). Understanding fatherhood in Greece: father's involvement in child care. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 16 (3), 213-219.
- Marques, E.S.; Cotta, R.M.M.; Magalhães, K.A.; Sant'ana, L.F.R.; Gomes, A.P. & Siqueira-Batista, R. (2010). A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1391-1400.
- Matos, M. & Lampreia, C. (2018). Intersubjetividade na Psicanálise: contornando a problemática solipsista ou rompendo com o pensamento moderno? *Psicologia em Revista*, 24 (1), 60-78.
- Matos, M. G., Magalhães, A. S. Féres-Carneiro, T., & Machado, R. N. (2017a). Construindo o Vínculo Pai-Bebê: A Experiência dos Pais. *Psico-USF*, 22(2), 261-271.
- Matos, M. G., Magalhães, A. S. Féres-Carneiro, T., & Machado, R. N. (2017b). Gestaçao Paterna: uma experiência subjetiva. *Barbarói*, 49(1), 147-165.
- Matos-Silva, M. (2013). Compartilhando vidas on-line: a pesquisa biográfica por meio da Internet. In: Nicolaci-da-Costa, A. M. & Romão Dias, D. (orgs). *Qualidade faz diferença: métodos qualitativos para a pesquisa em psicologia e áreas afins*. Rio de Janeiro: Ed. Puc-Rio, pp. 199-223.
- Matos-Silva, M. (2013). Compartilhando vidas on-line: a pesquisa biográfica por meio da Internet. In: Nicolaci-da-Costa, A. M. & Romão Dias, D. (orgs). *Qualidade faz diferença: métodos qualitativos para a pesquisa em psicologia e áreas afins*. Rio de Janeiro: Ed. Puc-Rio, pp. 199-223.
- Mauss, M. (1980/2003). *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify.

- Mazzieri, S.P.M. & Hoga, L.A.K. (2006). Participação do pai no nascimento e parto: revisão da literatura. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 10(2), 166-170.
- Medeiros, C. R. G., & Santos, B. R. L. (2009). As vivências da família no retorno ao lar com o primeiro filho. *Revista Ciência & Saúde*, 2(1), 16-24.
- Menezes, C. C. & Lopes, R. S.C. (enero-junio, 2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, 12(1), 83-93.
- Missonnier, S. (2004). O início da parentalidade, tornar-se mãe, tornar-se pai. As interações dos pais e das crianças antes do nascimento. In: Solis-Ponton, L. (org.) *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mizrahi, B. G., & Garcia, C. A. (2007). A capacidade de estar só: um contraponto winnicottiano ao ideal contemporâneo de autonomia absoluta. *Psicologia em Revista*, 13(2), 267-280. Recuperado em 10 de maio de 2018, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682007000200004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682007000200004&lng=pt&tlng=pt).
- Mizrahi, B. G., & Garcia, C. A. (2007). A capacidade de estar só: um contraponto winnicottiano ao ideal contemporâneo de autonomia absoluta. *Psicologia em Revista*, 13(2), 267-280. Recuperado em 10 de maio de 2018, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682007000200004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682007000200004&lng=pt&tlng=pt).
- Montardo, S.P. & Passerino, L.M. (2006). Estudo dos blogs a partir da netnografia: possibilidades e limitações. *Revista RENOLE: Novas Tecnologias na Educação*, 4(2).
- Montardo, S.P. & Passerino, L.M. (2006). Estudo dos blogs a partir da netnografia: possibilidades e limitações. *Revista RENOLE: Novas Tecnologias na Educação*, 4(2).
- Moreira, V.S., Barbosa, N.R., Mota, R.S., Parcero, S.M.J., & Moreira, V.S. (2013). Lei do acompanhante no trabalho de parto: algumas reflexões. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*, 6(2), 65-73.
- Morsch, D., & Aragão, P. (2006). A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In: S. Deslandes (org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas* (pp. 235-260). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Nagahama, E.E.I., & Santiago, S.M. (2005). A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 651-657.
- Nascimento, N.M., Progianti, J.M., Novoa, R.I., Oliveira, T.R., & Vargens, O.M.C. (2010). Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. *Escola Anna Nery*, 14(3), 456-461.
- Nicolaci-da-Costa, A.M., Romão-Dias, D., & Di Luccio, F. (2009). Uso de entrevistas on-line no método de explicitação do discurso subjacente (MEDS). *Psicologia: reflexão e crítica [online]*, 22(1), 36-43.
- Nicolaci-da-Costa, A.M., Romão-Dias, D., & Di Luccio, F. (2009). Uso de entrevistas on-line no método de explicitação do discurso subjacente (MEDS). *Psicologia: reflexão e crítica [online]*, 22(1), 36-43.
- Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. (2006, março-abril). A humanização na assistência à saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(2), 277-284.

- Oliveira, A.G. & Silva, R.R. (2012). Parto Também é Assunto de Homens: Uma Pesquisa Clínico-qualitativa Sobre a Percepção dos Pais Acerca de Suas Reações Psicológicas Durante o Parto. *Interação em Psicologia*, 16(1), 113-123.
- Oliveira, E. M. F., & Brito, R. S. (2009). Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. *Escola anna nery revista de enfermagem*, 13(3), 595-601.
- Oliveira, M. C. & Mercês, M. C. (2017). Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. *Revista de Enfermagem UFPE online, Recife*, 11(6), p.2483-9.
- Oliveira, M. C. & Mercês, M. C. (2017). Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. *Revista de Enfermagem UFPE online, Recife*, 11(6), p.2483-9.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (1996). *Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento*. Disponível em <http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf> acessado em 22/08/2018.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf) acessado em 19 de abril, 2018.
- Piccinini, C. A., Levandowski, D. C., Gomes, A. G., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. S. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 373-382.
- Pincus, L. & Dare, C. (1981). *Psicodinâmica da família*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.
- Piovesan, E.C.; Sonego, J. & Sand, I.C.P.V. (2001). “PAI É PAI, Tem Que Acompanhar”: o Pai no Processo de Parturição Sob a Ótica de uma Equipe de Enfermagem de um Hospital Geral. *Revista Contexto & Saúde*, 1(1), 75 – 95.
- Prado, J.C., & Abraão, J.L.F. (2014). Paternidade: um estudo sobre pesquisas desenvolvidas no contexto brasileiro. *Colloquium humanarum*, 11(1), 94-112.
- Prata, A. K. A. V. & Cintra, E. M. U. (2017, março). Apoio e acolhimento à mulher que se torna mãe: uma escuta psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 20(1), 34-50.
- Raphael-Leff, J. (1993). *Pregnancy: the inside story*. London: Sheldon Press.
- Rede Parto do Princípio. (2012). *Violência Obstétrica – Parirás com dor*. Disponível em <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
- Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento - Rehuna. (1993). *Carta de Campinas*. Trechos do documento disponíveis em [www.rehuna.org.br/index.php/14-quem-somos/63-historia](http://www.rehuna.org.br/index.php/14-quem-somos/63-historia) acessado em 17/08/2018.
- Sadler, Michelle; Santos, Mário JDS; Ruiz-Berdún, Dolores; Rojas, Gonzalo Leiva; Skoko, Elena; Gillen, Patricia & Clausen, Jette A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. DOI: 10.1016/j.rhm.2016.04.002
- Salem, T. (1987/2007) *O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro: Editora FGV. (Original publicado em 1987).

- Sanfelice, Clara Fróes de Oliveira; Abbud, Fernanda de Souza Freitas; Pregnoatto, Olívia Separavich; Silva, Michelle Gonçalves da & Shimo, Antonieta Keiko Kakuda. (2014). Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15(2), 362-370.
- Santana, F. A.; Lahm, J. V.; Santos, R. P. (2015). Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 17(3), p. 123 – 127.
- Santo, L.C.E. & Bonilha, A.L.L. (2000). Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 21(2), 87-109.
- Santos, B. (2013). *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez.
- Serra, C. & Serra, C. (2007). Síndrome de la couvade. *Medicina Balear*, 22(2), 45-46.
- Silva, B. T., Santiago, L. B., & Lamounier, J. A. (2012). Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Revista Paulista de Pediatria*, 30(1), 122-30.
- Silva, I. A.; Silva, P.S.F.; Andrade, E.W.O.F.; Morais, F.F.; Silva, R.S.S. & Oliveira, L.S. (2017). Percepção das puérperas acerca da assistência de enfermagem no parto humanizado. *Revista Uningá*, 53(2), pp.37-43.
- Silva, Raimunda Magalhães da, Barros, Nelson Filice de, Jorge, Herla Maria Furtado, Melo, Laura Pinto Torres de, & Ferreira Junior, Antonio Rodrigues. (2012). Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2783-2794. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000026>
- Simpson, M. & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*, 29, 203–207.
- Sluzki, C. E. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- Soifer, R. (1980) *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Solis-Ponton, L. (2004). A construção da parentalidade. In: Solis-Ponton, L. (org.) *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, João Paulo, & Pileggi-Castro, Cynthia. (2014). On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Supl. 1), S11-S13. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE02S114>
- Stake, R.E. (2016). *A arte da investigação com estudos de caso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Staudt, A.C.P. & Wagner, A. (2008). Paternidade em tempos de mudança. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1): 174-185.
- Stengel, M. & Soares, S.S.D. (2018). Pesquisas na internet: possibilidades, desafios e implicações éticas. In: Macedo, R.M.S.; Kublikowski, I. & Moré, C., L., O., O. *Pesquisa Qualitativa no contexto da família e da comunidade: experiências, desafios e reflexões*. Curitiba: Editora CRV. Pp. 45-60.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais-bebê* (M. V. A. Veronese, trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Szejer, M. & Stewart, R. *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

- Tavolaro, L.G.M. & Tavolaro, S.B.F. (2011). Corpo e modernidade na abordagem de Anthony Giddens: Uma reflexão à luz do discurso pela humanização do parto. *Caderno Espaço Feminino (Online)*, 24, 15-48.
- Tesser, C.D; Knobel, R; Andrezzo, H.F.A & Diniz, S.D. (2015)do *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(35), 1-12. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013) acessado em 09/09/2018.
- Tisseron S. (2003). Le désir « d'extimité » mis à nu. *Le Divan familial*, 11(2), p. 53-62. DOI 10.3917/difa.011.0053
- Tisseron, S. (2005). Du désir d'intimité à celui d'extimité, et leur protection respective. L. Ibrahim-Lamrous, & S. Muller (Eds.). *L'intimité*. (pp. 271-282) Paris: Presses Universitaire Blaise Pascal.
- Tisseron, S. (2011). Intimité et extimité. In: *Communications*, 88 (Cultures du numérique [Número dirigé par Antonio A. Casilli]), p. 83-91.
- Tornquist, C.S. (2004). *Parto e Poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil*.429f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Tornquist, C.S. (2002). Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Estudos Feministas*, 10(2), 483-492.
- Venezuela (2007). *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Disponível em <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Orgánica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf> acessado em 09/09/2018.
- Vieira, E. M. (1999). Parte I - História, política, conceitos - A medicalização do corpo feminino. In: K. Giffin, & SH. Costa (orgs). *Questões da saúde reprodutiva [online]* (pp. 67-78). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Wachelke, J.; Natividade, J.; Andrade, A.; Wolter, R. & Camargo, B. (2014). Caracterização e Avaliação de um Procedimento de Coleta de Dados Online (CORP). *Avaliação Psicológica*, 13(1), 143-146.
- White, J. (2016) 'But isn't it the baby that decides when it will be born?': Temporality and women's embodied experiences of giving birth. *The Cambridge Journal of Anthropology*, 34(1), 72-86.
- Winnicott, D. W. (1949/2000). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In D. Winnicott (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1949).
- \_\_\_\_\_ (1954/1990). A experiência do nascimento. In: Winnicott, D.W. *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- \_\_\_\_\_ (1956/2000). A preocupação materna primária. In D. Winnicott (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- \_\_\_\_\_ (1957/1975). E o pai? In: *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. Original publicado em 1957.
- \_\_\_\_\_ (1958/1998). A capacidade para estar só. In: Winnicott, D. W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 31-37. (Originalmente publicado em 1958).
- \_\_\_\_\_ (1963/1982). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes médicas. Original publicado em 1963.
- \_\_\_\_\_ (1965/1975). A criança e o sexo. In: Winnicott, D.W. (1965/1975). *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. Pp.166-182.

- \_\_\_\_\_ (1970/1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Wolff, Leila Regina & Moura, Maria Aparecida Vasconcelos. (agosto, 2004). A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 8(2), 279-285.
- World Health Organization – WHO. (2010). *Caesarean section without medical indication increases risk of short-term adverse outcomes for mothers*. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70494/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.2\\_0\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70494/WHO_RHR_HRP_10.2_0_eng.pdf?sequence=1) acessado em 17/08/2018.
- Zambrano E, Barizon JB, Luchesi LB, Santos CB, Gomes FA. (2003). Cesárea: percepções da puérpera frente à escolha do tipo de parto. *Revista de Enfermagem UERJ*, 11(2), p. 177-181.
- Zanardo, G.L.P, Uribe, M.C., Nadal, A.H.R e Habigzang, L.F. (2017). Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 29: e155043.
- Zornig, S. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo psicanalítico*, 42(2), 453-470.
- Zornig, Silvia Abu-Jamra & Levy, Lídia. (2006). Uma criança em busca de uma janela: função materna e trauma. *Estilos da Clínica*, XI (20), 28-37.
- Zveiter, M. (2005). O que pode ser traumático no nascimento? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(4), 706-720.
- Zveiter, M.; Progianti, J.M.; & Vargens, O.M.C. (2005). O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica. *Pulsional: revista de psicanálise*, 18(182), 86-92.